

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 9



**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA UBS CIGANAPOLE,
COARI/AM**

BARBARA SOLIS TURCAS

Pelotas, 2016

BARBARA SOLIS TURCAS

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA UBS CIGANAPOLE,
COARI/AM**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde da Família EaD da
Universidade Federal de Pelotas, como
requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Cristina Dutra Ribeiro

Pelotas, 2016

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

T932m Turcas, Barbara Solis

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Ciganápole, Coari/AM / Barbara Solis Turcas; Cristina Dutra Ribeiro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

89 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Ribeiro, Cristina Dutra, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

A meu esposo Ismael que é a paixão da minha existência. Por sua
compreensão e apoio “Meu amor”.

A minha mãe por ser o motor impulsionador de todos os projetos de minha
vida.

As minhas adoradas filhas Francis e Ashley, meus grandes tesouros e
amores de minha vida.

Agradecimentos

Os meus pacientes do município Coari, Bairro Ciganapole que com muito amor e carinho permitiu a elaboração da esta investigação, que com suas frases sabias em o dia a dia aportarão para mim muito coragem para cumprir com o trabalho cotidiano tão distante de minha família e terra natal.

As professoras Daniele Bluhm e Cristina Dutra Ribeiro quem sempre me deram apoio e confiança em nossa turma de médicos do Programa Mais Médicos Para Brasil.

A orientadora professora Fernanda Vargas Ferreira por sua compressão e dedicação para culminar o trabalho o qual constitui um marco em nosso desempenho profissional.

A todo o povo brasileiro.

Aos meus amigos, colegas de trabalho pelo ensino e perseverança.

Lista de Figuras

Figura 1	Realização do exame clínico para usuários cadastrados na intervenção.	56
Figura 2	Realização de acolhimento para usuários cadastrados na intervenção.	56
Figura 3	Realização de visita domiciliar para usuários cadastrados na intervenção	56
Figura 4	Monitoramento dos registros das atividades realizadas na intervenção	57
Figura 5	Equipe de saúde e usuários da UBS Ciganápole.	58
Figura 6	Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde Ciganápole, Coari / AM, 2016.	60
Figura 7	Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Ciganápole, Coari / AM, 2016.	61
Figura 8	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Ciganápole, Coari / AM, 2016.	63
Figura 9	Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Ciganápole, Coari / AM, 2016.	63
Figura 10	Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Ciganápole, Coari / AM, 2016.	64
Figura 11	Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Ciganápole, Coari / AM, 2016.	65
Figura 12	Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Ciganápole, Coari / AM, 2016.	66
Figura 13	Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Ciganápole, Coari / AM, 2016.	67
Figura 14	Proporção de pessoas com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa na UBS Ciganápole, Coari / AM, 2016.	68
Figura 15	Proporção de pessoas com diabetes faltosos às consultas com busca ativa Ciganápole, Coari / AM, 2016.	68

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
DST/AIDS	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	9
.....	10
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	27
.....	27
2 Análise Estratégica.....	28
2.1 Justificativa	28
2.2 Objetivos e metas.....	29
2.3 Metodologia	32
2.3.1 Detalhamento das ações.....	32
2.3.2 Indicadores	42
2.3.3 Logística	48
2.3.4 Cronograma	51
3 Relatório da Intervenção	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	57
.....	59
4 Avaliação da intervenção	59
4.1 Resultados	59
4.2 Discussão.....	73
5 Relatório da intervenção para gestores.....	77
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	79
.....	80
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	81
8 Referências	83
Anexos	84

Resumo

Turcas, Barbara Solis. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS Ciganapole, Coari / AM.** 2016.88f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são responsáveis por diversas complicações agudas e crônicas acarretando elevadas taxas de morbimortalidade, gerando assim, altos custos para os sistemas de saúde, dessa forma é imprescindível a atenção primária desse grupo populacional. Objetivou-se com a intervenção melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Ciganápole em Coari/ AM. Foi realizada em doze semanas e as ações foram organizadas nos quatro eixos pedagógicos do curso: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Foram cadastrados 156 (39,6%) pessoas que possuem hipertensão e 53 (54,6%) com diabetes. Destes 155 (99,4%) com HAS e 52 (98,1%) com DM estavam com exames complementares em dia, 154 (99,4%) com HAS e 52 (98,1%) com DM utilizavam medicamentos da farmácia popular, todos os cadastrados (100%) tiveram avaliação de necessidade de atendimento odontológico, os faltosos as consultas tiveram busca ativa, estavam com registros atualizados, tiveram estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, receberam orientação nutricional, sobre a prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. Com a intervenção a equipe está mais capacitada e unida, houve melhora do acolhimento e o agendamento das consultas está mais eficaz, os usuários demonstram satisfação com a qualidade e prioridade no atendimento, e sentem-se mais integrados com nossa equipe.

Palavras chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão arterial sistêmica

Apresentação

O presente trabalho de conclusão de curso em Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS (UNASUS)/ Universidade Federal de Pelotas (UFPel), é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. A intervenção desenvolvida no decorrer da Turma 9 foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Ciganápole, localizada no município de Coari/AM.

A intervenção, que deu origem a este trabalho, visou melhorar a atenção em saúde dos usuários que possuíam HAS e DM. Este trabalho é o relato do processo, sendo composto pelo Relatório de Análise Situacional da UBS Ciganápole. Na segunda seção será descrita a Análise Estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma do projeto de intervenção. A terceira seção traz o relatório da intervenção; na quarta seção será descrita a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados, a discussão. Na quinta seção o relatório aos gestores, na sexta o relatório para a comunidade. E na última seção aborda a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, temos a bibliografia usada no trabalho, apêndice e os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS. Luís Carlos do Herval, onde atuo esta composta por duas equipes de ESF incompletas, com 02 médicos, 01 enfermeira, 02 técnicos de enfermagem e 08 agentes comunitários de saúde, agindo na prevenção e orientação sobre doenças nos programas de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, pré-natal, puericulturas, planejamento familiar, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do idoso, saúde do adolescente, bolsa família e DST/AIDS (Doença sexual transmissíveis /Síndrome de imunodeficiência adquirida) em toda área de abrangência e adjacências mediante visitas domiciliares, palestras, ações comunitárias. Assiste 03 escolas da área de abrangência e 01 Centro Comunitário.

Está estruturada por uma recepção, uma farmácia, uma sala de vacina, uma sala de curativo, um consultório médico, uma de enfermagem, uma sala odontológica, uma sala de ACS, uma copa e dois banheiros e uma pequena sala de triagem.

Na recepção é o lugar onde fazemos o acolhimento, sendo que vale ressaltar que nesse setor os funcionários realizam a marcação de exames, distribuição de fichas, esclarecimento de informações e até mesmo o preenchimento de alguns formulários como, por exemplo, o cartão de pré-natal, ficha do PCCUM (Programa do Combate ao Câncer do colo Uterino e Mama) entre outros. Ainda existem alguns problemas estruturais como: telhado com várias goteiras, infiltrações nas paredes dos consultórios médicos e de enfermagem bem como na sala de farmácia.

Nossa área de abrangência é muito grande, e tanto a equipe quanto os usuários tem dificuldade de acesso, e também temos 4 áreas descobertas de ACS, estamos falando de área de abrangência de nossa população alvo UBS Ciganapole (a equipe que se envolveram na intervenção).

Atendemos tanto por agendamento como por demanda livre, no horário das 8 horas às 12 horas e das 14 horas às 16hs. Além das consultas de urgência, de segunda a sexta.

Existe e programa de hipertensos e diabéticos que é responsável pelo atendimento e diagnóstico inicial das pessoas portadoras de diabetes e hipertensão, tendo como objetivo reduzir a morbimortalidade associada a estas doenças, e assim promover orientações quanto ao seu quadro, este acompanhamento é realizado pelo médico e pela enfermeira em meses alternados.

Este programa possui ainda um baixo numero de cadastrados, pois existem áreas que não tem ACS, dessa forma sem usuários cadastrados.

Realizamos consultas de puericultura tanto pelo médico, como pela enfermeira, são programadas, assim como captação de puérperas e recém-nascidos durante as visitas domiciliares.

Realizamos diferentes atividades de prevenção, palestras de promoção de saúde, na UBS, escolas e casas de idosos. Estas atividades estão programadas mensalmente, dando prioridades as principais doenças encontradas em mostra área e campanhas de programadas do Ministério da Saúde como: vacinas, hanseníase, TB, doenças sexualmente transmissíveis, câncer do colo de útero, entre outras.

Esperamos fazer um melhor trabalho, junto com equipe de saúde, seguindo diretrizes do Ministério da Saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Coari é um município brasileiro do interior do estado do Amazonas, região Norte do país. Na área territorial do município, localiza-se a plataforma da Petrobrás de Urucu, onde se extrai petróleo e gás. Próximo à cidade, está instalado o Terminal Aquaviário da Transpetro (subsidiária da Petrobras), que recebe, através de dois dutos, o gás e o petróleo, que são levados por navios para Manaus e outras regiões do Nordeste. De acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o total de habitantes do município em 2015 era de 83.078, sendo o quinto município mais populoso do estado.

A cidade vive basicamente de agricultura e pesca, com forte tradição cultural e religiosa. A gestão do município tenta realizar um bom investimento público nas comunidades, escolas, unidade de saúde, aeroporto, saneamento ambiental, calçamentos e iluminação. Também existem várias iniciativas no setor de saúde como reforma de algumas UBS, descentralizações, aberturas de novas UBS em zona ribeirinha e rural, implantação de barco hospital, realizações de fórum e criação do Conselho Municipal De Saúde. O município possui 23 equipes de Estratégia de

Saúde da Família (ESF) e 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do modelo tradicional sendo que 12 delas atendendo a zona urbana e 01 da zona rural.

Temos a disponibilidade do NASF que estão constituídos por 06 fisioterapeutas, 02 nutricionistas, 02 pediatras e 03 ginecologistas.

Temos um hospital, com serviço de ortopedista, pediatria, ginecologia, cirurgia, médicos plantonistas, enfermeira, ginecologista e dois cirurgiões. Possui leito para internação, realização de exames, RX, e alguns procedimentos cirúrgicos como cirurgia oftalmológica. Nele também se encontra um serviço de pronto atendimento.

Existe uma policlínica é conveniada pelo SUS(Sistema Único de Saúde)onde atuam oftalmologista, ginecologista, pediatra, assistente social, neste local também é realizado ultrassonografia obstétrica e ECG (eletrocardiograma), sendo agendado na UBS. Quanto a atenção das especialidades, estão sendo realizadas consultas mensais com neurologista, cardiologista, otorrinolaringologia, endócrino e urologista só uma vez por mês durante três dias, dando um total de cinco vagas por UBS, e para atendimento do ortopedista leva entre 4 a 5 meses, sendo atualmente insuficiente para a demanda da população, além disso, os encaminhamentos para atendimentos de alta complexidade são muito demorados e acontecem na capital do Estado que possui uma distância de 363km.

Existe um laboratório de análises clínicas onde são realizados exame sanguíneo e química sanguínea quando existem os reativos, faltando muitos exames para o acompanhamento de pré-natal e das doenças crônicas. E como existe muita demanda para realização de exames, estes demoram até dois meses para serem feitos, as urgência são feitas no hospital, mas só os básicos. Além disso, existe um Instituto de Medicina Tropical onde se realizam consultas com infectologista uma vez ao mês, se realizam exames de HIV, VDRL, soro de hepatite B e C e outras doença infectocontagiosa. Temos também um CAPS (centro de atenção psicossocial), com um psiquiatra e psicóloga dando atendimento a pacientes com problemas de saúde mental e o SAMU.

A Unidade Básica de Saúde Ciganópolis, é uma casa alugada que foi adaptada para ser uma unidade de saúde, inaugurada em maio de 2015, fica localizada na zona urbana. O modelo de atenção é a ESF, com vínculo ao SUS e com vínculo com as instituições de ensino. Tem como área de abrangência todo o Bairro Ciganópolis, Nazaré Pinheiro e adjacentes tais como bairros: Vila Progresso,

Conjunto Caixa, Estrada do Aeroporto. Sendo que os usuários que se encontram nestas últimas localidades ainda estão sem cadastro por falta de ACS.

A UBS tem funcionamento diurno de segunda a sexta-feira, das 7hs às 12hs e das 14hs às 18hs, sendo que das 12hs às 14hs funciona para distribuição de fichas para atendimento médico de enfermagem e odontológico. A UBS é composta por duas equipes de ESF incompletas, sendo a equipe Ciganápole, que atuo, é composta de um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, três agentes comunitários de saúde (ACS), um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal. A equipe Nazareth Pinheiro é composta por 01 técnico de enfermagem, 2 ACS. Ambas as equipes estão incompletas, sendo insuficiente o número de ACS de ambas e na outra equipe não existe médico nem enfermeiro.

As equipes agem na prevenção e orientação sobre doenças nos programas de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, pré-natal, puericulturas, planejamento familiar, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do idoso, saúde do adolescente e crescimento e desenvolvimento, bolsa família e DST/ AIDS em toda área de abrangência e adjacências mediante visitas domiciliares, palestras, ações comunitárias e atendimentos em domicílios para os clientes com incapacidade de deambular.

Nossa equipe atende a 1.048 famílias aproximadamente, com 2593 pessoas cadastradas atualmente, entre crianças, jovens, adultos e idosos. A unidade presta serviços de saúde de atenção básica preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo estes serviços: consultas de enfermagem e consultas médicas, demanda livre, curativos simples, administração de medicamentos injetáveis, inalação, vacinações, fornecimento de medicamentos e visitas domiciliares. Possui também consultas odontológicas, mas que atualmente não estão sendo realizadas, pois a sala de odontologia não tinha compressor, nem instrumental necessários para fazer atendimento, dessa forma o odontólogo e a técnica de odontologia foram levados para trabalhar em outra unidade de saúde.

Em relação à estrutura física a UBS existem muitas deficiências, por ser uma estrutura adaptada para ser uma UBS. Tem uma sala médica, uma de enfermagem, tem uma pequena farmácia com poucos medicamentos, tem sala recepção e sala de espera grande, mesas, cadeiras são insuficientes, devido à grande demanda de pacientes. Tem sala de ACS que não tem armário, nem ar condicionado, temos uma sala para microscopia, onde não existe ar condicionado, falta mesa. Existe

uma sala de vacina pequena, onde se realizam também aplicação de medicamento e fazem nebulizações sem privacidades aos pacientes. A sala de curativo ainda não está terminada, existe uma área aberta, dificultando alguns procedimentos médicos e de enfermagem, não tendo privacidade aos pacientes, mas precisamos de sala fechada com todas as condições, além de suporte, cadeira e mesa.

Às principais limitações são banheiros não adaptados (porta estreita) faltam corrimãos nos corredores, cadeiras de rodas, telas mosquiteiros. Além disso, falta balança de criança, negatocospio, Otoscópio, mesas ginecológicas, e instrumentais cirúrgicos para as pequenas cirurgias. Não temos escadas, há deficiência de vários grupos de medicamentos, falta de insumos e pouca iluminação em algumas áreas.

A UBS está situada em área de risco, cercado de bares, áreas de violência e venda de drogas. É importante para nossa segurança a presença de guarda permanente que não existe em UBS. Mas, apesar da existência desses problemas estruturais na UBS, estes não afetam a atenção à população, e damos atenção a diferentes programas como, pré-natal, puericultura, hipertensos e diabéticos, idoso, DSTS, doenças infectocontagiosa, entre outras.

Para superar estas deficiências mantemos nosso atendimento a cada usuário, com qualidade, empatia e respeito, resolvendo os problemas encontrados. Já para minimizar as deficiências creio que deveria ser construída uma nova UBS com a estrutura preconizada, conforme a Norma Brasileira 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT/NBR 9050/1994), a fim de promover a acessibilidade no ambiente construído é proporcionar condições de mobilidade com autonomia e segurança, eliminando, as barreiras arquitetônicas, sendo necessária, para isso a ajuda de gestores e Conselho Municipal, o qual que está formado, mas não realizam nenhuma ação.

Em relação às atribuições das equipes, nossa equipe participa no processo de territorialização e mapeamento, identificação de indivíduos, grupos e famílias expostas a riscos, identificação de grupos de agravos (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase), além disso, os profissionais realizam busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e/ou programas existentes.

Existe levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar, por parte da enfermeira, médico e ACS. Nos domicílios realizamos atividades/procedimentos como curativo, orientações (educação em saúde e cuidados de saúde), acompanhamento de problema de

saúde, consulta médica e de enfermagem, verificação dos sinais vitais, bem como entrega de medicamentos, medicação oral, medicação injetável, vacinação, fisioterapia, troca de “bolsa” de pessoa ostomizado, de sondas e revisão puerperal.

Os profissionais da UBS encaminham os usuários a outros níveis do sistema respeitando fluxos de referência e contra referência, seguindo os protocolos, mas geralmente não temos a contra referências, sendo que o usuário é quem informa o tratamento que foi recebido.

Existem algumas dificuldades com relação às atribuições dos profissionais da equipe, pois temos ainda áreas sem cadastrar, áreas de difícil acesso, porque não temos ACS suficiente para toda a população. Nossa área foi cadastrada em 2003 e o cadastro está desatualizado e incompleto.

Para dar melhor impacto ao nosso trabalho, precisamos de cobertura total da área, de profissionais qualificados, capacitados e motivados em seu trabalho, além de dar continuidade a promoção e prevenção de saúde mediante ações educativas a grupos na UBS tais como adolescentes, gestantes, capacitação para o trabalho, combate ao tabagismo e álcool, diabéticos, hipertensos, idosos, planejamento familiar, prevenção do câncer ginecológico e mama, puericultura e saúde bucal.

Em relação à população da área adstrita existe aproximadamente de 2.593 pessoas, mas muitas áreas ainda sem cadastro ou com cadastros desatualizados, sendo a estrutura da UBS e número de integrantes da equipe inadequados para o tamanho da população da área adstrita.

Temos cadastrados 53 crianças menores de 1 ano, 97 menores de 5 anos, 1.029 de 5 a 14 anos e 1.258 entre 15 e 59 anos e 156 com mais de 60 anos. Assim, nota-se o predomínio da população jovem, feminina, com baixa escolaridade, sendo alto o número de desempregados, e a população carente, de baixa renda, composta de famílias grandes (mais de 7 pessoas) e moradias precárias perto da beira do rio. Sabemos de está situações mediante as visitas domiciliares realizada a nossa população.

Em relação à rotina de atendimento na UBS temos escalas de atendimento a grupos específicos como gestantes hipertensos e diabéticos crescimento e desenvolvimento, assim como demanda livre, pois todos os dias têm demanda espontânea de manhã e de tarde e o acolhimento é realizado na recepção, após é feito o encaminhamento a triagem que é realizada por técnicos de enfermagem e ACS, eles escutam as necessidades dos usuários, encaminham para médica ou

enfermeiro. Existem problemas com a classificação do risco já que alguns profissionais não sabem reconhecer casos de risco, mas já realizamos reuniões/capacitações para explicar o atendimento de demanda espontânea, urgência médica e fluxograma. Atualmente não há excesso de demanda.

Em relação à saúde da criança realizamos puericultura das crianças de 0 a 72 meses, a todas as crianças da área de abrangência, dois dias da semana nos dois turnos alternando atendimento entre médica e enfermeiro. Após a consulta de puericultura, todas as crianças saem da UBS com a próxima consulta programada agendada.

Além das consultas programadas de puericultura, existe demanda de crianças de até 72 meses de idade para atendimento de problemas de saúde agudos, mas não há excesso de demanda. As crianças são atendidas conforme protocolo de atendimento produzido pelo Ministério da Saúde (2013) que é utilizado pela médica e enfermeira.

Dentro das ações que são desenvolvidas em a UBS no cuidado às crianças destaca-se: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental e teste do pezinho.

Os profissionais utilizam classificação para identificar crianças de alto risco e utilizam protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde como encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e para atendimento em pronto-socorro.

Os atendimentos de puericultura são registrados em prontuário clínico e formulário especial da puericultura, existindo um arquivo específico para os registros, que é revisado semanalmente pelo enfermeiro com a finalidade de verificar crianças faltosas, verificar se os registros estão completos, identificar procedimentos em atraso (peso ou vacinas) e/ou crianças de risco.

Os profissionais de saúde solicitam a caderneta da criança nos atendimentos e preenchem com as informações atuais da criança. A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de mães das crianças da puericultura realizada no âmbito da UBS e nas escolas. As fontes de dados são utilizadas pelos profissionais

para realizar avaliação e monitoramento do Programa de Puericultura são o Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC), registros específicos da puericultura nos prontuários. Os profissionais que realizam avaliação e monitoramento do programa de puericultura produzem relatórios com os resultados encontrados quinzenalmente.

Em relação à avaliação da cobertura de saúde tem 100% acompanhadas segundo a estimativa do caderno de ações programáticas (CAP), ou seja, 58 crianças cadastradas. A médica e enfermeira realizam visita domiciliar antes dos 7 dias, para fazer avaliação do recém-nascido e puérperas, podendo assim identificar fatores de risco, orientar sobre os cuidados com o bebê, identificar sinais de perigo como acidentes, promover o aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida, orientar sobre calendário de imunizações e agendar data para próxima consulta. Assim, temos 100% com consulta em dia, teste do pezinho, triagem auditiva, vacinas em dia e demais indicadores de qualidade.

Temos dificuldade com atendimento para saúde bucal das crianças maior de 1 ano, pois não temos odontólogo, sala para odontologia e nem instrumentos para realização de procedimentos odontológicos. Realizamos palestras para manter informadas as mães sobre a importância dos aspectos nutricionais, dietéticos, higiênicos e cuidados básicos de saúde bucal. Além disso, realizamos visitas às escolas para fazer palestras e aplicação flúor tópicos.

Entre os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção saúde criança na UBS destacam-se o aumento das atividades de promoção sobre acidentes domésticos, cloração da água para prevenir doenças parasitárias e infecções respiratórias agudas (IRA) necessitaram ruas com asfalto para evitar doenças respiratórias ou alérgicas. Para essas ações precisamos ajuda de gestores ou outras instituições.

Todas estas ações planejadas garantirão um melhor atendimento das crianças reduzindo as taxas de morbimortalidade materna e infantil.

Em relação ao pré-natal e Puerpério são feitos em todas as gestantes da área de abrangência, quatro dias da semana alternado entre médica e enfermeira, com enfermeira é feito o início do pré-natal segunda e quarta (retorno), terça e quarta é feita avaliação pela médica em ambos os turnos.

Não existem gestantes fora da área de cobertura que realizam o pré-natal em nossa UBS, existe oferta de atendimento para gestantes com problemas de saúde agudos, mas não temos excesso de demanda e após a consulta de pré-natal, a gestante sai da UBS com a próxima consulta programada agendada.

É utilizado o protocolo de atendimento pré-natal do Ministério da Saúde (2013) utilizado pelo médico e enfermeira. As ações desenvolvidas no cuidado às gestantes são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral de problemas de saúde bucal, de saúde mental, controle dos cânceres do colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da atividade física, da saúde bucal e promoção da saúde mental.

Os profissionais utilizam a avaliação e classificação do risco gestacional, utilizando protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde como: encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e para atendimento em pronto-socorro.

Os atendimentos às gestantes são registrados, em o prontuário clínico e formulário especial do pré-natal. Existe arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes que costumam serem revisadas todas as semanas, para verificar gestantes faltosas, verificar se os registros estão completos, identificarem gestantes em data provável de parto e identificar gestantes com pré-natal de risco. Estes são revisados pelo médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem.

Os profissionais de saúde solicitam a carteira de pré-natal nos atendimentos, para preencherem com as informações atualizadas. Também conversamos com a gestante sobre as dicas de alimentação saudável, durante as consultas e explicamos o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso da carteira/do cartão de pré-natal. Além disso, chamamos a atenção para a data da próxima vacina e recomendamos que a gestante realizasse avaliação de saúde bucal na gravidez em na UBS Santa Helena.

Também orientamos sobre as práticas de promoção do aleitamento materno, durante início de pré-natal e terceiro trimestre. Também conversamos sobre os cuidados com o recém-nascido e sobre a promoção da atividade física, riscos do tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez e a anticoncepção no pós-parto.

Sempre os profissionais de saúde recomendam que a gestante realize revisão puerperal até os 7 dias de pós-parto e entre 30 e 42 dias de pós-parto. Na UBS existe o Programa SISPRENATAL do Ministério da Saúde, onde o técnico de enfermagem é responsável pelo cadastramento das gestantes no programa e é responsável pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de gestantes no âmbito da UBS, e são realizados em média dois grupos por mês no âmbito da UBS e hospital. Os profissionais que participam das atividades de grupo com gestantes são médico, enfermeira, dentista e técnicas de enfermagem, além disso, também tem participação e apoio com a coordenação de saúde a mulher da (SMS). Estas atividades acontecem na UBS e Hospital Regional de Coari em coordenação com a Secretaria de Saúde no Departamento de Saúde da Mulher, sendo que estes são responsáveis pelo transporte das gestantes até ao hospital e posteriormente até a UBS, e também coordenam os outros profissionais.

Há apoio da nutricionista, fisioterapeuta (do NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e coordenadora da saúde da mulher que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação avaliação e monitoramento do Programa de Pré-natal, junto com médico e enfermeira e técnica de enfermagem, realizando reuniões quinzenais.

As fontes de dados que são utilizadas pelos profissionais para realizar avaliação e monitoramento do Programa de Pré-Natal são os registros específicos do pré-natal, SINASC e Prontuário.

Temos dificuldade com início pré-natal no primeiro trimestre já que é de costume iniciar tardiamente, sendo geralmente iniciado no segundo e terceiro trimestre. Para melhorar este aspecto em conjunto com secretaria de atenção mulher e enfermeira da policlínica e Universidade Federal Amazona (UFAM), faz palestras em UBS e hospital, para explicar a importância de início de pré-natal precoce para evitar fatores de risco e complicações da gravidez. Estas palestras e visita de grávida a hospital são a cada 15 dias, para explicar tudo sobre o trabalho de parto, sendo realizados também o seu parceiro ou pessoas responsáveis que irão acompanhar o parto.

Temos dificuldades para a realização de todos os exames de laboratório solicitados na primeira consulta, pois não temos reativo e população não tem dinheiro para fazer exames particulares, e quando são feitos demoram quase um

mês para chegar. Além disso, existem exames que não são realizados em município.

Mantemos protocolo com esquema de vacinas (vacina antitetânica e hepatite B) além da prescrição de suplementação de sulfato ferroso, com um exame ginecológico por trimestre, avaliação de saúde bucal e com orientação para aleitamento exclusivo para 100% dessas usuárias.

As fontes de dados que foram utilizadas para preencher as informações do Caderno das Ações Programáticas foram prontuário médico e formulário especial do Pré-natal.

Existe uma boa atenção e cobertura na UBS e todas grávidas estão cadastradas, sendo 73 atualmente, os que representam 100% da estimativa do CAP, estas são atendidas seguindo o que recomenda o protocolo Ministério da Saúde em cada consulta e quando há faltas fazemos busca ativa.

Na avaliação da cobertura de consulta de Puerpério, temos 55 puérperas acompanhadas nos últimos 12 meses. Estas foram captadas durante as visitas domiciliares realizadas pelo médico ou enfermeira. Todas mantêm aleitamento materno exclusivo, avaliação de abdômen, exame das mamas e exame ginecológico.

Para saber os partos que aconteceram, existe um boletim semanal de parto, divulgado pelo hospital, para que possamos buscar essas puérperas e recém-nascido, melhorando assim nosso trabalho.

Em relação Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama, realiza-se exame de Papanicolau dois dias na semana, terça pela manhã e quarta a tarde e durante as consultas se faz exame de mama a todas as mulheres da área.

Seguimos as normas do protocolo do Ministério da Saúde (2013), sendo a repetição do exame de Papanicolau cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano, mas em nosso município se realiza anualmente, sendo atualizada quando é realizado cadastro do Programa Bolsa Família, sendo que não existem exame citopatológico de câncer do colo de útero com mais de 6 meses de atraso.

Olhando o caderno de ações programáticas as estimativas de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas devem ser de 550, e na UBS temos um total de 496 (90%) cadastradas. Dentre os poucos indicadores da qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero observados no CAP tivemos 100% das mulheres orientadas, 100%

das amostras satisfatórias e 99% dos exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar.

Existe uma boa atenção e cobertura em UBS, de Controle do Câncer de Colo de Útero, pois a maioria de mulheres em idade fértil procura a UBS para fazer exame citopatológico de câncer do colo de útero. Temos 5 exames citopatológico para câncer de colo de útero alterado, e estamos realizando acompanhamento dessas mulheres que apresentam alteração. Todas foram submetidas à cirurgia e há regulamente a sua avaliação e seguimento.

As estratégias que utilizamos na UBS para não perder o seguimento de mulheres com exame citopatológico alterado são notificação imediata da usuária a secretaria municipal de saúde (SMS), explicando alteração de resultados e conduta que devem seguir.

Os resultados do exame de Papanicolau demoram 2-3 meses em chegar. No caso do câncer do colo do útero, eles devem realizar a colposcopia, bem como os outros procedimentos necessários para a confirmação diagnóstica conforme o caso. Estes tratamentos não podem ser realizados na UBS, os mais graves, que necessitem de procedimentos mais complexos, são encaminhados para as unidades terciárias em Manaus.

Além do atendimento à usuária, é fundamental que o serviço de referência forneça um relatório para a equipe da Atenção Básica em relação à alta. Esse relatório deve informar os procedimentos realizados, o diagnóstico, bem como orientações com relação ao seguimento e ao acompanhamento dessa usuária, mas em nosso município, não recebemos contra-referência, impedindo uma melhor atenção a essas mulheres.

Os aspectos que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero em a UBS são trabalhar os principais fatores de riscos para o desenvolvimento do câncer de colo de útero evitando a infecção pelo Papiloma Vírus Humano, os quais são início precoce da atividade sexual, tabagismo, multiplicidade de parceiros sexuais, imunossupressão e baixa condição socioeconômica; mediante ações de promoção e prevenção de saúde, em unidades de saúde, na escolas, na rádio, aproveitando todos os cenário possível. Além disso, temos que ampliar a cobertura de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos e agilizar os resultados.

Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas a essas doenças, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle dos cânceres.

Segundo o Caderno de Ações Programáticas, existe uma estimativa de 127 mulheres de 50 a 69 anos em nossa UBS, sendo que temos 120 mulheres cadastradas representando 94%, o que é uma boa cobertura.

Observando o Caderno de Ações Programáticas, temos 75 destas mulheres com mamografia, e 45 mulheres que estão com mais 3 meses de atraso na mamografia. Em 2014 o município de Coari recebeu um mamógrafo, e há 2-3 meses que ele está funcionando, assim somente agora estão realizando os agendamentos.

Na UBS todas as mulheres a partir dos 35 anos têm as mamas examinadas nas consultas e são identificados grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama. Na área de abrangência de nossa UBS não temos nenhuma usuária com câncer de mama.

Os aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Mama na UBS aumentando a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos, garantindo 100% de acesso ao tratamento de lesões precursoras de câncer além de aumentar atividades educativas, de maneira individual ou coletiva.

Em relação à atenção às pessoas com hipertensão e diabetes, realizamos atendimento destes, todos os dias da semana, pelo médico clínico geral e enfermeira, acontecendo em todos os horários, não existe atendimento fora da área de cobertura.

Existe demanda de atendimento para adultos com problemas agudo, mas não existe excesso de demanda e após a consulta, este sai da UBS com a próxima consulta programada.

Existe um protocolo de atendimento para pessoas com HAS e DM e para classificação do risco cardiovascular do adulto com HAS, editado pelo Ministério da Saúde (2013), que é utilizado pelo médico clínico geral e enfermeira, realizamos encaminhamento dos usuários para consultas especializadas, pronto socorro, ou internação hospitalar. Estes atendimentos são registrados no prontuário dos usuários e formulário especial. Este formulário é revisado quinzenalmente com o objetivo de verificar os faltosos ao retorno programado, completar os registros e identificar riscos.

Também realizamos ações desenvolvidas no cuidado aos adultos com HAS e DM: tais como, imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, de problemas de saúde mental, alcoolismo, obesidade e sedentarismo bem como do tabagismo.

Na UBS existe o que ainda chamamos de Programa de Hiperdia, onde os profissionais estão preparados para reconhecer sinais de complicação de hipertensão e diabetes. A enfermeira e técnica de enfermagem são as responsáveis pelo cadastramento dos usuários no Hiperdia, além de também ser responsável pelo envio dos cadastros a secretaria de saúde.

Existem atividades com grupos de adultos que possuem hipertensão e diabetes, onde fazem exercício com educadores físicos, fisioterapeutas, ACS, médico e enfermeira, que são divididos em duas áreas, a de Ciganapole e a de Nazaré Pinheiro onde cada grupo participa aproximadamente 15 a 20 usuários. Além disso, nestas atividades ministramos palestras para explicar os sintomas e tratamento destas patologias, a realização de hábitos saudáveis, respeitando as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. Também são distribuídos panfletos educativos para toda a população com objetivo diminuir os fatores de risco para Doença Cérebro Vascular.

Em relação aos dados do CAP a estimativa do número de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais é de 461 hipertensos, existindo cadastrado um total de 69 usuários, representando apenas 15% do estimado, sendo um número ainda baixo, um dos motivos é que temos grandes áreas descobertas, sem a presença de ACS, mas que é de conhecimento do gestor.

Na avaliação da qualidade da atenção às pessoas com HAS, eles recebem todas as orientações, são cadastrados com consultas agendada e programada, mantendo comunicação franca e aberta com cada usuário, realiza-se avaliação do risco cardiovascular, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde. Existe um livro de cadastro, e se aproveita qualquer oportunidade para dar orientações individuais e coletivas. Os faltosos são visitados e leva-se a medicação aos idosos acamados.

Durantes as consultas se realiza avaliação de risco cardiovascular, indicam os exames complementares e recebem orientação nutricional e sobre prática de atividade física a todos os cadastrados na unidade, porém temos 90% dos hipertensos com exames complementares em dia e 74% com avaliação de saúde bucal.

Na UBS existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos com HAS e DM e profissionais que realizam avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS e DM, estes produzem relatórios com os resultados encontrados.

As fontes de dados que são utilizadas pelos profissionais para realizar avaliação e monitoramento das ações são programa Hiperdia, registros específicos e prontuários.

No caderno de ações programáticas existe uma estimativa de 132 pessoas com diabetes, mais existe cadastrados um total de 32 pessoas, ou seja, 24% da estimativa. Temos 100% com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. Com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias há 3 usuários, 100% estão com exames complementares periódicos em dia, foi realizado exame físico dos pés nos últimos 3 meses a 100%, assim como palpação dos pulsos tibial posterior e medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. Também houve orientação a 100% sobre prática de atividade física regular e sobre alimentação saudável, porém 66% tiveram avaliação de saúde bucal. Esta é baixa, pois não temos dentista em nossa UBS atualmente, estamos fazendo encaminhamento dos que precisam para outra UBS, mas muito não tem como se deslocar até lá.

Devemos continuar atualizando o cadastro, em cada área de abrangência para que os registros fiquem atualizados e os faltosos e atrasados buscados a consulta, mantendo palestras educativas e trabalhando sobre os fatores de risco, somente assim vamos a diminuir a mortalidade e seqüelas causadas por estes problemas de saúde mais freqüente na população brasileira.

Em relação à saúde da pessoa idosa temos na unidade um Programa de atenção idoso que permite um acompanhamento dos idosos de maneira organizada e programada. Em nossa UBS, se realiza atendimento de adulto idoso, todo o dia, realizado pela médica clínica geral e enfermeira, ele acontece em todos os horários, não existe atendimento fora da área de cobertura e após a consulta o idoso sai da UBS com a próxima consulta programada e agendada.

O atendimento deles é feito todos os dias nas consultas médicas e nas visitas domiciliares. Além dos atendimentos agendados e espontâneos, as equipes fazem ações de promoção de saúde com grupos de idosos nos diferentes espaços comunitários.

O principal objetivo de nosso atendimento são as ações de prevenção que garantem uma melhor atenção às pessoas idosas, realizando todos os dias atividade físicas, para este grupo no horário da manhã, supervisionado pelo educador físico e ACS, também realizaram palestras para dar orientações sobre cuidados e prevenção de quedas, sobre uma boa alimentação, vacinas, entre outras doenças, orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e tabagismo. Além disso, temos um espaço chamado “Casa do Idoso”, onde se planejam e realizam atividades culturais, laser e educativas, com monitoramento de professores, trabalhadores sociais, médico e enfermeira. Faz-se também atendimento médico, segundo aos riscos de cada usuário.

Também contamos com o apoio gestor o que permite acesso dos idosos a realizar essas atividades, pois há disponibilidade de um ônibus ida e volta ao local.

Existe protocolo de atendimento para os idosos, editado pelo Ministério da Saúde (2013). Os atendimentos são registrados no prontuário de cada paciente, mas não temos arquivo específico para os registros do atendimento deste grupo.

Sempre é avaliada pelos profissionais de saúde a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico, explicando ao usuário ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a HAS, DM e depressão.

Em nossa UBS existe caderneta de saúde da pessoa idosa, onde os profissionais a solicitam nos atendimentos, preenchendo as informações atuais do idoso. Sendo os responsáveis pelo preenchimento da caderneta, o médico, enfermeira e técnicas de enfermagem, mas na nossa UBS não possuímos o Estatuto do Idoso.

Existe um levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar. Sendo este cuidado realizado por ACS fisioterapeuta, técnica enfermagem, médico e enfermeira. Também são estes os profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos e à avaliação e monitoramento dessas ações em reuniões bimestrais.

As fontes de dados são utilizadas pelos profissionais para realizar avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos são Prontuário e cadastros do Hiperdia.

Em relação à cobertura da atenção em nossa UBS existe cadastrados 156 idosos o que representa 100% da estimativa, todos têm caderneta de saúde da pessoa idosa, avaliação Multidimensional Rápida em dia, avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice. Dos 156 idosos 45 são hipertensos (29%) e 23 diabéticos (15%), todos estão com acompanhamento em dia, não havendo atrasos, logo a qualidade da atenção a pessoa idosa é boa, exceto o acompanhamento da saúde bucal, onde somente 42 foram atendidos, já que há mais de 4 meses estamos sem materiais na UBS e com equipamento estragado, aspecto que deve ser melhorado para manter a atenção integral das pessoas.

Em relação à Saúde Bucal, temos dentista e auxiliar de saúde bucal, mas não temos instalado o compressor e tampouco temos insumo e material. Assim, temos déficit no atendimento de gestantes, idosos, crianças, pessoas especiais, e todos que precisam desta atenção.

Atualmente, há apenas o desenvolvimento de ações coletivas em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos) na escola e UBS. Realizam-se ações educativas e preventivas coletivas para abordar as principais doenças bucais, como se manifestam e como se previnem, a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentifrício fluoretado e o uso do fio dental, as orientações gerais sobre dieta, a orientação para autoexame da boca, prevenção ao uso de álcool e fumo.

Quando havia o atendimento, este era por agendamento se atendiam 6 usuários pela manhã e 6 pela tarde, se faziam conforme grupos prioritários. Temos que continuar dialogando com secretário de saúde para que dê atenção a todos os problemas existentes em nossa UBS, para não atrapalhar nosso trabalho.

O maior desafio foi que a equipe aprendeu a trabalhar de acordo com o protocolo do ministério da saúde e atuar como uma equipe unida.

Já em relação à estrutura física continuamos com os mesmos problemas, apenas houve mudança na cozinha onde recebemos um fogão, mas a sala de curativa não está feita e continuamos sem os atendimentos odontológicos. Além disso, não temos transporte para fazer visitas domiciliares das áreas distantes (algumas levam de 45 minutos à 1 hora para chegar a pé).

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Foi muito interessante trabalhar cada semana com uma ação programática e com o caderno de ações, o que nos ajudou a visualizar as deficiências encontradas em nossa UBS, dando a oportunidade de planejar, organizar e conversar com equipe para realizar um melhor atendimento a nossa população.

Ainda faltam muitas coisas, como melhorar a cobertura de hipertensos e diabéticos, melhorar as ações da odontologia, contratar mais ACS, médico e enfermeira, porém contamos com as ferramentas apresentadas no curso que irão servir como guia para dar continuidade a nosso trabalho já que existe uma imensa vontade de ajudar a população, resolvendo os problemas existentes, planejando, organizando as ações de saúde e assim melhorando os indicadores de saúde. Esforçamo-nos cada dia para melhorar o trabalho da equipe.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, sendo que este número é crescente e seu aparecimento está cada vez mais precoce. Também é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais representando assim elevadas taxas de morbimortalidade, e atualmente é considerado um problema grave de saúde pública não apenas aqui no país como no mundo (SANTOS, 2012).

Já o Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo, pois o envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (NILSSOM, 2011).

A Unidade Básica de Saúde Ciganópolis, é uma casa alugada que foi adaptada para ser uma unidade de saúde, inaugurada em maio de 2015, sendo UBS Urbana. A UBS é composta por duas equipes de ESF incompletas, sendo que a equipe Ciganópolis é composta de 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem, 03 agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe Nazareth Pinheiro é composta atualmente por 01 técnico de enfermagem e 2 ACS. Ambas as equipes estão incompletas, sendo insuficiente o número de ACS há falta de um médico e uma enfermeira na equipe Nazareth Pinheiro. Existem 1.048 famílias com 2.593 pessoas cadastradas atualmente, entre crianças, jovens, adultos e idosos na área de abrangência do ESF de Ciganópolis.

Em relação à atenção às pessoas com Hipertensão e Diabetes, realizamos atendimento todos os dias da semana pela médica e enfermeira, de acordo com o protocolo do MS, sendo que o usuário sai da UBS com a próxima consulta programada e os atendimentos são registrados no prontuário de cada pessoa. Também realizamos atividades físicas e educativas com grupos de adultos com hipertensão e diabetes, onde participam educador físico, fisioterapeutas, ACS, médico e enfermeira. Em relação ao caderno de ações programáticas a estimativa do número de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais é de 461 hipertensos,

existindo cadastrado um total de 69 pessoas, representando apenas 15%, existe ainda somente 32 diabéticos cadastrados o que representa 24% da estimativa. Além disso, temos problemas com avaliação bucal e apenas 74% foram avaliados, e nenhuma das pessoas que possuem diabetes tiveram avaliação dos pés, também existe 10% de usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus faltosos às consultas.

Sendo assim, com a intervenção pretendemos aumentar a cobertura realizando rastreamento a todos os adultos com mais de 20 anos, fazer uma avaliação dos riscos e realizar ações para evitar e prevenir complicações destas doenças, bem como ter um controle rigoroso tanto de seu tratamento não farmacológico como o medicamentoso, porém nossa principal dificuldade é que temos grandes áreas descobertas, sem a presença de ACS, sendo um problema já conhecido pelo gestor.

2.2 Objetivos e metas

Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Ciganápole, Coari/AM

Objetivos específicos e metas

- 1 - Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.
- 2- Melhorar a qualidade do da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
- 3- Melhorar a adesão a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
- 4- Melhorar o registro das informações de hipertensos e/ou diabéticos.
- 5-Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
- 6- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.3 Metas:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Metas:

- Cadastrar 30% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Cadastrar 40% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Metas:

- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade).

- Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

- Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Metas:

- Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

- Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações**Metas:**

- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**Metas:**

- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**Metas:**

- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.
- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.
- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.
- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.
- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.
- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

O projeto de intervenção será desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Ciganápole, Coari /AM em que participarão todos os usuários que possuem hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da área de abrangência da unidade de saúde. Utilizaremos o protocolo Caderno de Atenção Básica nº 37 de Hipertensão Arterial, Caderno Atenção Básica nº 36 de Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (2013).

2.3.1 Detalhamento das ações

Ações relacionadas ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

Meta: 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 30% de hipertensos.

Meta: 1.2 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 40% dos diabéticos.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no programa de hipertensão sistêmica e a diabetes mellitus da UBS.

Detalhamento: Semanalmente os ACS irão digitar na planilha os cadastros e assim irão monitorar quantos casos novos tivemos, por meio da atualização da planilha eletrônica.

Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no programa.

Ação: Melhorar o acolhimento para usuários portadores de HAS e diabetes.

Ação: Garantir material adequado para a tomada de medida de pressão arterial (Esfigmomanômetro, manguitos, fitas métricas) na UBS.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento: A médica e enfermeira farão a solicitação dos materiais necessários aos gestores por meio de um ofício. Para o registro será utilizada a ficha espelho e a enfermeira fará uma capacitação sobre acolhimento e registros a serem utilizados.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do programa de Hipertensão na UBS.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir 18 anos, pelo menos, anualmente

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de rastreamento para DM em adultos com pressão arterial maior que 135/80mmHg

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores risco para desenvolver HAS e DM.

Detalhamento: Serão feitas palestras na sala de espera semanalmente pelos ACS orientando quanto às informações acima e também durante as visitas.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar ao ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial da forma criteriosa, incluído do manquito.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial maior que 135/80mmHg.

Detalhamento: A enfermeira dará capacitação a equipe, para o cadastramento e atualização da população, verificação da pressão arterial da forma criteriosa, incluído do manquito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial maior que 135/80mmHg.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Metas.

Realizar exame clinica apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Garantir a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na UBS.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na UBS.

Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Ação: Monitorar a realização do exame dos pés das pessoas com diabetes.

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS e com a periodicidade recomendada.

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/Hiperdia.

Ação: Monitorar as pessoas hipertensão e/ou diabetes que necessitam atendimento odontológico.

Detalhamento: A médica e enfermeira vão monitorar semanalmente por meio da revisão das fichas espelho a realização das ações acima. O acesso aos medicamentos de hipertensos e diabéticos vai ser monitorado, pela técnica de enfermagem, por meio das listagens das medicações disponíveis na farmácia.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Ação: Providenciar junto à gestão o Monofilamento 10g para exame dos pés.

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Ação: Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com hipertensão e/ou diabetes que necessitem consultas especializadas.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e/ ou diabetes cadastrado na UBS.

Ação: Organizar a avaliação de necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ ou diabetes cadastrado na UBS.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal, para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e/ ou diabetes, provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: A médica vai fazer no exame clínico de pessoas com diabetes e hipertensão e solitará a gestão a versão atualizada do protocolo impressa na UBS, também que providencie o Monofilamento 10g para exame dos pés e a agilidade para os exames complementares. Os ACS irão organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares conforme a disponibilidade de cada um. A enfermeira e a médica vão solicitar a referência e contra-referência para pessoas com hipertensão e/ou diabetes que necessitem consultas especializadas.

A técnica de enfermagem realizará controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manterá um registro das necessidades de medicamento. A auxiliar de saúde bucal vai organizar a agenda para realização do atendimento odontológico, sendo reservadas 05 vagas semanais, para pacientes com hipertensão ou diabetes mellitus.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes de hipertensão e ou/diabetes.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e/ ou diabetes e a comunidade quanto à necessidade de realização e quanto à periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

Ação: Orientar as pessoas e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação bucal especialmente das pessoas com hipertensão e/ ou diabetes.

Detalhamento: Durante as consultas individuais e palestras coletivas a médica e enfermeira farão as orientações. Em sala de espera e consultas na UBS, serão utilizados vídeos e folhetos educativos. Os ACS farão orientações na comunidade durante as visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento de hipertensão e diabetes.

Ação: Capacitar a equipe para orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso os medicamentos da farmácia popular/Hiperdia.

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: o médico e enfermeira farão as capacitações na UBS, sobre os temas acima.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas.

Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consulta em dia) de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A médica e enfermeira irão revisar as fichas espelho semanalmente identificando os faltosos e a técnica enfermagem irá monitorar os pacientes faltosos de acordo com a agenda.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Ação: Organizar a agenda para escolher as pessoas com hipertensão e/ou diabetes provenientes da busca domiciliar.

Detalhamento: Os ACS serão comunicados sobre os pacientes faltosos para que possam organizar as visitas domiciliares para a busca, marcando um dia conforme a disponibilidade de cada um, já que não há excesso de demanda.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltoso).

Ação: Esclarecer as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: A equipe realizará palestras na comunidade e UBS para explicar a importância de realização das consultas além de esclarecer sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, o que também será feito nas consultas individuais.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar aos ASC para orientação de pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: A médica e enfermeira farão esta capacitação na UBS.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas:

Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: A médica e enfermeira capacitarão todos os membros da equipe para verificar se a ficha espelho deve estar adequadamente preenchida.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quando ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exame complementar a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: A médica e enfermeira são responsáveis por manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas, será implantada a ficha espelho para acompanhamento, e durante a capacitação vamos pactuar com a equipe o registro das informações. A enfermeira será responsável pelo monitoramento dos registros semanalmente, e assim identificando casos de alerta.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Durante as consultas, visitas e atividades coletivas serão feitas orientações quanto aos registros.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A médica fará a apresentação da ficha espelho e capacitação dos registros.

Objetivo 5. Mapear Hipertensos e Diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Metas.

Realizar a estratificação de risco cardiovascular a 100% de pessoas com hipertensão.

Realizar a estratificação de risco cardiovascular a 100% de pessoas com diabetes.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: A médica e enfermeira são responsáveis de monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano por meio dos registros.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Ação: Esclarecer as pessoas com hipertensão e ou diabetes a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Durante as consultas vamos orientar individualmente quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Também vamos

esclarecer as pessoas com hipertensão e ou diabetes a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) nas consultas, atividades educativas e visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo em pacientes hipertensos e/ou diabetes, em especial a avaliação dos pés.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis em os pacientes com hipertensão e diabetes.

Detalhamento. A médica irá capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo em pacientes hipertensos e/ou diabetes, em especial a avaliação do pé, sobre a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis em os pacientes com hipertensão e diabetes.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas.

Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Ação: Monitorar realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Serão realizadas atividades educativas e de lazer para toda a população e pacientes com hipertensão e/ou diabetes. Os ACS serão responsáveis por anotar os participantes das atividades e médica e enfermeira irão monitorar as anotações na ficha espelho.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável em pacientes hipertensos e diabéticos.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Ação: Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento. Mediante coordenação de APS e nutricionista, temos que organizar pratica coletivas sobre alimentação saudável, além disso, a médica irá realizar orientações nas consultas individuais a pacientes hipertensos e /ou diabéticos, organizando um tempo mínimo de 30 minutos para garantir as orientações. Vamos solicitar a gestão a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde, e realizar palestra educativas em todos os âmbitos UBS, rádio e escola.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e /ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Ação: Orientar as pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e diabetes.

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e /ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e /ou diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Mediante atividades educativas que serão realizadas na UBS, cada 15 dias, além disso, os pacientes serão orientados durante as consultas e nas visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: A médica e enfermeira farão capacitação com toda a equipe para que estejam aptos a fazer as orientações.

2.3.2 Indicadores

Meta: Cadastrar 30% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame dos pés em dia.

Numerador: Número de diabéticos com exame dos pés realizado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Denominador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção de hipertensão e diabetes mellitus, vamos adotar o Caderno de Atenção Básica nº 37 de Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde (2013) e Caderno de Atenção Básica nº 36 de Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (2013). Para registro utilizaremos a ficha espelho fornecida pelo curso e o prontuário do usuário. Assim, poderemos coletar todos os indicadores necessários para o monitoramento da intervenção, estes dados serão semanalmente digitados pela médica na planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pelo curso.

Estimamos alcançar com a intervenção 30% das pessoas com hipertensão e 40% de pessoas com diabetes mellitus. Faremos contato com o gestor municipal para imprimir 200 fichas de espelho necessárias e uma cópia de cada Caderno de Atenção Básica para hipertensão e diabetes (2013) para realizarmos as capacitações.

Para organizar os registros específicos do programa, à medida que os usuários que possuem diabetes e hipertensão venham às consultas para atendimento clínico, será preenchida a ficha espelho pela técnica de enfermagem com base nos dados dos prontuários existentes, fazendo assim o primeiro monitoramento. Já os acamados serão avaliados durante a visita domiciliar por ACS, médico e enfermeira.

Desde a análise situacional onde juntamente com a equipe definimos o foco da intervenção já começamos a realizar reuniões semanais para conversar sobre o protocolo de atendimento. Estas reuniões de capacitação da equipe estão ocorrendo

na própria UBS, nas 2 horas ao final do expediente no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe sexta feira a tarde. Aproveitando para explicar dúvida e dar orientações sobre o projeto. Esta atividade ocorrerá ao longo de toda a intervenção.

Para viabilizar cadastrar 30% dos usuários hipertensos e 40% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde precisamos organizar a agenda temos disponibilizando um turno de atendimento por semana e mais Cinco fichas diariamente para aqueles que não poderem comparecer nos dias estipulados, sendo três pela manhã e duas pela tarde, para não comprometer a atenção a outros usuários.

Já temos material adequado para verificação da pressão arterial (Esfigmomanômetro, manguitos, fitas métricas) e fitas de glicose na UBS. Precisam ser providenciados folhetos educativos sobre hipertensão e diabetes e o Monofilamento 10mg, os demais materiais necessários também serão solicitados ao gestor.

Para melhorar o acolhimento a recepcionista e/ou técnica de enfermagem receberão o usuário tomando as medidas necessárias, sendo que os casos agudos terão atendimento no mesmo momento para agilizar o tratamento. E os que vierem à consulta do programa sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Sendo agendada em ficha espelho e caderneta de Hiperdia.

Também aproveitaremos as consultas individuais, para informar a comunidade sobre a existência do programa.

Para sensibilizar a comunidade faremos um cronograma de palestras quinzenais que serão realizadas pelo médico, enfermeira e ACS.

A médica e enfermeira serão responsáveis por realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na UBS. Deve ser providenciado o atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, mas ainda não temos compressor, assim vamos agendar 5 atendimentos semanais em outra UBS.

A técnica de enfermagem realizará o controle de estoque e validade dos medicamentos e manterá um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e/ ou diabetes cadastrado na UBS. Ela tem planilha de

medicamentos para solicitar essas medicações a central de medicamentos semanalmente.

Para melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa os ACS buscarão semanalmente as pessoas diabéticas e hipertensas faltosas durante visitas domiciliares, atualizando cadastro e buscando novos casos na área. Além disso, para ampliar a cobertura todos os usuários acima de 20 anos serão rastreados para hipertensão, sendo aferida sua pressão arterial pela técnica de enfermagem após a sua chegada na UBS. Para usuários com pressão acima de 135/80 mmHg será feito o Teste de hemoglobina glicosada(HGT) afim de rastrear casos de diabetes.

Mensalmente a médica e enfermeira recolhem todas as informações do SIAB e levam para secretaria de saúde para sua digitação e envio ao Ministério de Saúde.

A técnica de enfermagem vai ser responsável de organizar um sistema em situações de alerta quando ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, aos atrasos na realização de exame complementar a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Esse sistema de alerta será feito separando as fichas em atraso no momento do monitoramento e buscando essas pessoas.

Pessoas que estão descompensadas serão avaliadas pela médica e os casos de risco seguirão o protocolo de encaminhamentos para o pronto socorro ou hospital, para internação se solicitará contra referência. Além de solicitar exames complementares para todos os pacientes que serão solicitados ao gestor.

Para as atividades de educação em saúde contaremos com apoio da nutricionista, e solicitaremos ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Realizaremos tais atividades no âmbito da UBS. Estas atividades serão feitas pela equipe de saúde, sendo que nós mesmos providenciaremos os lanches e a elaboração das palestras educativas será feita pela médica e enfermeira.

[illegible]

3 Relatório da Intervenção

Fazendo um balanço geral destas 12 semanas (Outubro 2015- Dezembro 2015) constatamos que foram cumpridas as expectativas que nossa equipe tinha em relação ao início da intervenção, sendo que finalizamos esta com resultados positivos e motivados para dar continuidade ao que vem sendo trabalhado, a fim de que tenhamos mais saúde e integração/participação da população, sempre focando nosso principal objetivo que é dar atenção de qualidade a nossa população.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

As intervenções realizadas nestas 12 semanas aconteceram segundo o cronograma pré-estabelecido durante a Análise Estratégica, dessa forma houve capacitação dos ACS, e demais membros da equipe, sendo que foi organizado pela médica e enfermeira um total de 12 capacitações.

Abordamos diversos temas como o cadastramento e atualização da população da área da UBS, orientações para a população, aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste, avaliação dos pés dos usuários com diabetes, busca ativa e atualização do protocolo de atendimento para usuários hipertensos e diabéticos.

Após a capacitação organizamos os atendimentos conforme a chegada dos usuários com hipertensão e diabetes, que primeiramente eram acolhidos pelos funcionários da recepção (recepcionista, técnica enfermagem e ACS) que buscavam os prontuários, posteriormente acompanhava os usuários para área de triagem, verificava a pressão arterial, peso, altura, circunferência braquial e abdominal e realizava o teste de glicose, esse era feito pela técnica de enfermagem.

Os ACS realizavam o preenchimento da ficha espelho com os dados acima, os cadastros dos que ainda não tinham preenchimento da carteira do usuário com hipertensão e diabetes e agendavam o próximo retorno.

Na recepção também era realizadas pelos ACS palestras educativas sobre os riscos destas doenças, sendo que cada agente ficava responsável por um tema alternando a cada semana, sendo que esta atividade não era exclusiva para hipertensos e diabéticos, mas para todos os outros grupos populacionais como as

crianças, gestantes, doenças sexual, saúde mulher e do homem, sendo que esta atividade é muito bem aceita pela população.

Durantes as consultas a médica realizava exames clínicos, solicitação de exames complementares, encaminhando as especialidades caso necessários, e eram enfatizadas novamente as ações educativas: como fazer dieta com alimentos saudáveis, a realização de exercícios físicos, os riscos do tabagismo e do consumo de álcool, higiene bucal e a necessidade de retornar para acompanhamento. Iniciamos a avaliação de necessidade de atendimento odontológico sendo realizado pelo odontólogo, mas como a demanda foi grande, fizemos uma capacitação para a enfermeira, técnica de enfermagem e médica, assim passamos a realizar esta ação também.

Os usuários também estão recebendo as orientações de cuidado e higiene, as escovações supervisionadas durante as consultas e palestras educativas realizadas em grupos.

Durante o período de intervenção o secretário municipal de saúde foi convidado para vir em nossa UBS para apresentarmos nossa intervenção, nesta visita mencionamos os aspectos que estavam dificultando a realização da intervenção para que fosse prestado um atendimento integral a estes usuários.

Após a visita do secretário de saúde municipal, algumas dessas dificuldades foram sanadas, como a chegada de outro ACS, a liberação de mais exames complementares como de colesterol, HDL, VLDL, triglicerídeos, além disso, pactuamos que o odontólogo realizará atendimento para estes usuários todas as quintas pela manhã.

Quanto a medicação, esta ainda é insuficiente para a demanda dos usuários, mesmo com o mapeamento das necessidades de medicação que é feito pelo técnico de enfermagem ainda continua sendo pouca a chegada dessas medicações a todas as UBS.

Sendo assim podemos considerar que as ações foram realizadas atendendo o cronograma e já estão formando parte do dia a dia da UBS, não temos apresentado dificuldades para o cumprimento dos atendimentos clínicos que estão se realizando segundo o esperado, continuando com as diferentes atividades, como é a capacitação da equipe onde foram definidas as atribuições de cada integrante da equipe no exame clínico de pessoas com HAS e DM de acordo o protocolo adotado, realizamos a busca dos faltosos mediante as visitas domiciliares.

Convidamos a todos para toda a quinta-feira pela manhã a participação no grupo de hipertensos e diabéticos a fim de acompanhar as palestras dadas pelos membros da equipe de saúde e também degustar um café de manhã que geralmente é preparado e oferecido, por nossa equipe.

Durante estas doze semanas não realizamos apenas atividades para o grupo de hipertensos e diabéticos, mas também atividades para crianças, grávidas e de saúde da mulher e do homem (aproveitando outubro rosa e novembro azul).

Durante todas as 12 semanas diariamente teve atendimentos de pessoas com hipertensão e diabetes Mellitus, aumentando à cobertura do programa de atenção a estes usuários na UBS, dessa forma achamos novos casos de hipertensão e pessoa com hiperglicemia intermediária ou casos de pré-diabetes (glicemia de jejum entre 110 mg/dl e 125 mg/d).

Continuamos informando durante as visitas domiciliares, e o acolhimento dos usuários na UBS, na sala de espera e durante as consultas, sobre a existência do Programa de Atenção às pessoas com HAS e/ou DM na UBS, seguindo com o cronograma do projeto, desenvolvendo as atividades, no dia da consulta, buscando sempre melhorar a qualidade do atendimento dos usuários e proporcionando atividades de promoção e prevenção em saúde.

Destacamos que estas semanas foram muito intensas para a equipe, mas ao final podemos colher bons frutos, pois realizamos diversas ações coletivas e individuais na UBS já informamos como foi nossa intervenção e a cada dia mais usuários novos são atendidos e cadastrados, as pessoas estão reconhecendo nossa intervenção como algo positivo e nos parabenizam pelo atendimento, que já é parte do nosso dia a dia.

Dessa forma continuamos cada vez de forma mais sistematizada e organizada com o acolhimento, atendimento e registro destes usuários pelos profissionais da equipe de saúde.



Figura 1: Realização do exame clínico para usuários cadastrados na intervenção.



Figura 2: Realização de acolhimento para usuários cadastrados na intervenção.



Figura 3: Realização de visita domiciliar para usuários cadastrados na intervenção.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não conseguimos realizar o encontro com o pastor da igreja, sendo que em várias ocasiões tentamos falar com ele, mas foi impossível, deixamos recado para quando estivesse disponível, mas ainda continuamos esperando por esse encontro. Dialogamos com a secretaria da igreja comprometendo-se a apoiar nossa intervenção principalmente por termos observado que houve um aumento do consumo de álcool e cigarro na área de abrangência da unidade.

Dentre as dificuldades enfrentadas para a realização da intervenção foi em relação à atenção em saúde bucal já que não possuímos equipamentos e instrumentos necessários para realizar todos os procedimentos de odontologia, sendo que este aspecto ainda não pode ser solucionado, pois segundo o secretário municipal de saúde não existe recurso financeiro para as compras desses materiais.

Outro aspecto é que ainda não estão sendo realizados os exames de hemoglobina glicosada, microalbuminúria e proteína de 24 horas nos usuários que possuem hipertensão e diabetes, mas o secretário de saúde refere que estão providenciando a realização destes exames.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante a intervenção não tivemos dificuldades na coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção e fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores. O preenchimento da ficha espelho é realizada por técnica de enfermagem e ACS. O preenchimento da planilha de coleta de dados foi realizado pela médica. A enfermeira olhava as planilhas para fazer a busca ativa.



Figura 4: Monitoramento dos registros das atividades realizadas na intervenção

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Permanecemos com as ações, como parte de a rotina diária em nossa UBS: ainda realizamos capacitações com a equipe como forma de educação continuada, permanecemos com a busca ativa dos faltosos mediante as visitas domiciliares e atualização permanente do cadastro, identificação de indivíduos e famílias expostos a situações de risco, realizando cadastro de toda a população alvo.

Os usuários permanecem sendo encaminhado para endocrinologista, nutricionista e oftalmologista, devido a incidência de hipercolesterolêmica e hipertrigliceronemia, encontrado em resultados dos exames

Apesar de termos cumprindo com o objetivo fundamental que é atendimento de qualidade para as pessoas com hipertensão e diabetes de nossa Unidade Básica de Saúde Ciganapole. Necessitamos continuar esforço cada dia para melhorar qualidade de vida de nossa população, para evitar doença cardiovascular e renal. Além disso, continuar com intervenção educativa permanente.

Ainda é difícil mudar estilos de vida de uma população com seus hábitos e costumes (comidas gordurosas, frituras, farinha, sal, tempero, etc.) que é passado de geração a geração, mas necessitamos com nossas atividades de grupo fazer mudança para melhorar a qualidade de vida de nossa população alvo, estamos no caminho certo fazendo tudo para cumprir com nossos objetivos da intervenção.



Figura 5: Equipe de saúde e usuários da UBS Ciganápole.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção teve como objetivo de melhorar a atenção aos usuários com hipertensão ou/e diabetes. Na área adstrita na UBS Ciganápole existe uma população acima de 20 anos de 1737 pessoas, sendo que a estimativa, de acordo com a PCD, seja de que se tenha 394 pessoas com hipertensão e 97 com diabetes.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de pessoas hipertensas.

Meta: 1.1. Cadastrar 30% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador. Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Durante o primeiro mês da intervenção foram cadastrados 75 (19%) usuários com hipertensão, no segundo mês 124 (31,5%) e no terceiro mês chegamos a um total de 156 (40%) pessoas com hipertensão cadastradas, superando a meta que era de cadastrar 30%.

Conseguimos esta meta devido ao trabalho realizado pela equipe, pela capacitação dos ACS, garantindo os registros de pessoas com hipertensão cadastrada no programa, além de melhorar o acolhimento para usuários com HAS e DM.

Também devemos estes resultados às informações prestadas a comunidade sobre a existência do programa de atenção a hipertensos e diabéticos, e participação de nossa população nas ações realizadas na UBS.

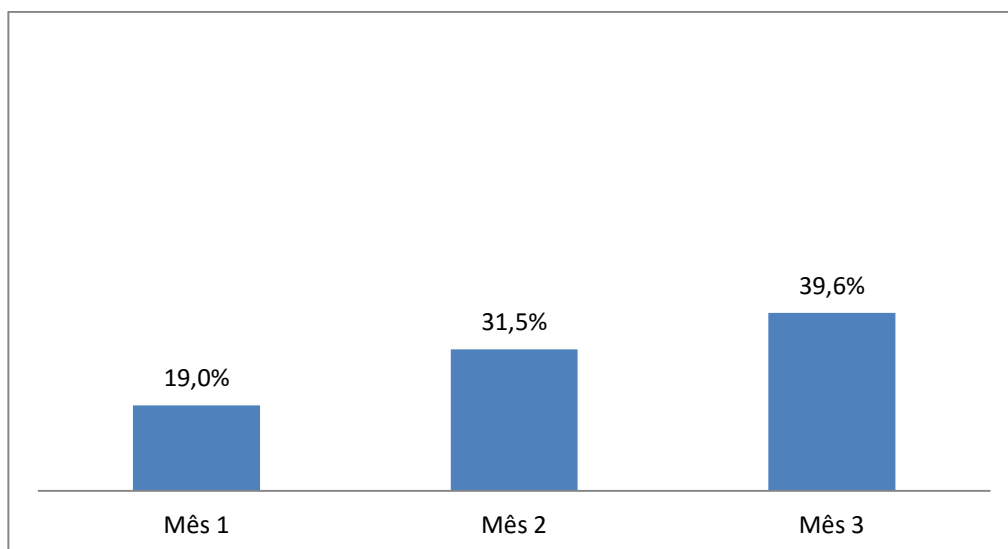


Figura 6: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde Ciganapole, Coari / AM, 2016.

Objetivo 1.2: Ampliar a cobertura das pessoas com diabetes mellitus.

Meta: 1.2 Cadastrar 40% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador. Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Durante o primeiro mês da intervenção foram cadastrados 33 (34,0%) usuários com diabetes, no segundo mês 44 (45,4%) e no terceiro mês três chegamos um total de 53 (55%) cadastrados superando a meta de cadastrar 40%.

Isto se deve ao trabalho realizado em equipe, pela capacitação dos ACS, onde garantimos os registros de pessoas com diabetes cadastradas, além de melhorar o acolhimento para usuários com DM.

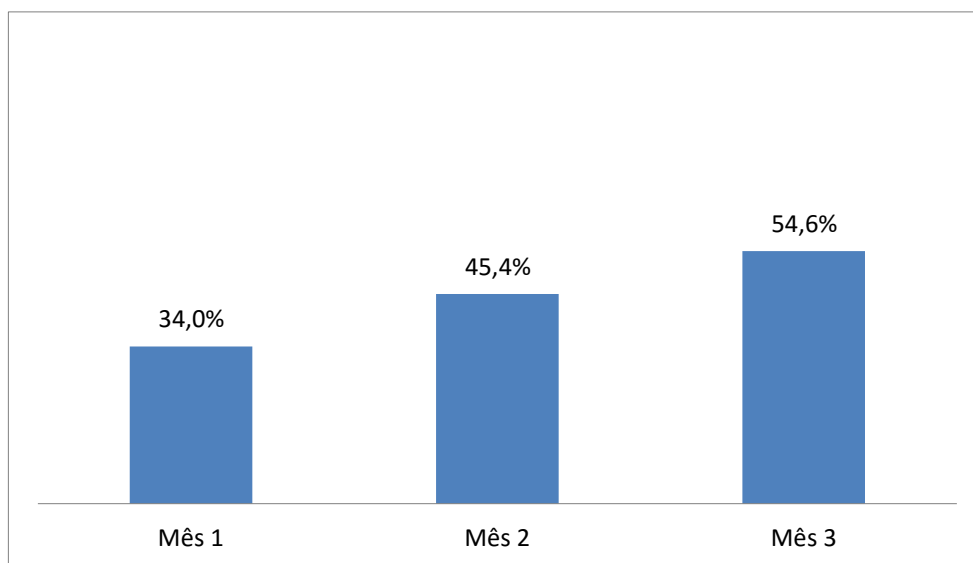


Figura 7: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Ciganapole, Coari / AM, 2016.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas hipertensas.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Foi realizado exame clínico apropriado a todos (100%) os usuários com hipertensão, sendo feito pela médica e enfermeira durante as consultas e visitas domiciliares. No primeiro mês foi realizado em 75 (100%) usuários cadastrados, no segundo mês em 124 (100%) e no terceiro mês em 156 (100%) cadastrados.

Este indicador foi alcançado devido a organização dos atendimentos para a realização de exame clínico apropriado, definimos atribuições de todos os membros da equipe nos exames clínicos de pessoas com hipertensão.

Objetivo 2.2 Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com diabetes.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% com diabetes.

Indicador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

No primeiro mês de intervenção foi realizado exame clínico apropriado em 33 (100%) usuários cadastrados, no segundo mês em 44 (100%) e no terceiro mês em 53 (100%) das pessoas com diabetes cadastradas.

O exame clínico foi realizado pela médica e enfermeira durante as consultas e visitas domiciliares facilitando, este indicador foi alcançado devido a capacitação para a realização de exame clínico apropriado, definição das atribuições da equipe e organização da agenda para a realização do exame.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: Número de diabéticos com exame dos pés realizado.

No primeiro mês de intervenção foi realizado exame dos pés em 33 (100%) usuários cadastrados, no segundo mês em 44 (100%) e no terceiro mês em 53 (100%) das pessoas com diabetes cadastradas.

Cumprimos este indicador sem dificuldade durante as consultas e visita domiciliar sendo realizado pela médica. Além de orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças neurológicas e cardiovasculares decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliada periodicamente.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Durante o primeiro mês 60 (80%) pessoas tinham seus exames complementares em dia, no segundo mês devido a atuação com a gestão aumentamos estes para 105 (84,7%) usuários cadastrados, já no terceiro mês 155 (99,4%) usuários estavam com exames complementares em dia.

Não cumprimos este indicador na sua totalidade, pois um usuário ainda não trouxe os resultados dos exames, mas consideramos muito significativo a meta alcançada, visto que existe uma elevação para realização de exames em nosso município, mas com apoio da gestão conseguimos bons indicadores.

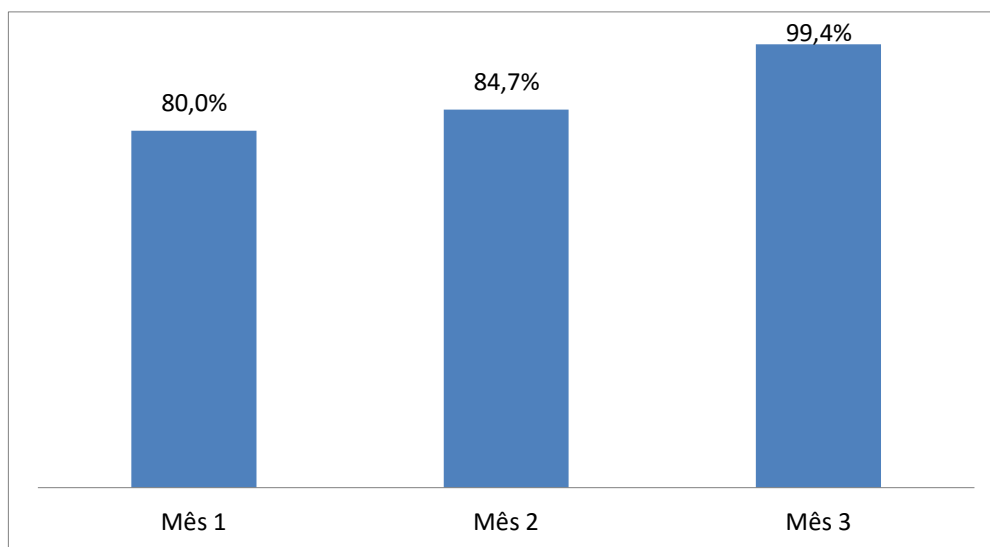


Figura 8: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Ciganapole, Coari / AM, 2016.

Meta 2.5: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

No primeiro mês 31 (93,9%) usuários estavam com exames complementares em dia, já no segundo mês 41 (93,2%) usuários estavam com os exames em dia, e no terceiro mês 54 (98,1%) pessoas estavam com exames em dia.

Para atingir estas metas também contamos com o apoio da gestão para a disponibilização da realização dos exames complementares.

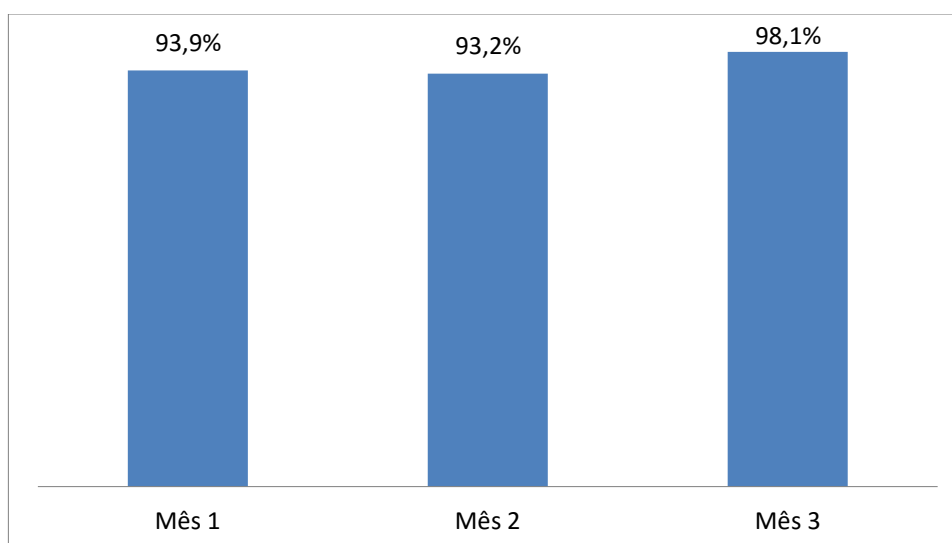


Figura 9: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Ciganapole, Coari / AM, 2016.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Quanto a prescrição de medicamentos da farmácia popular no primeiro mês 70 (94,6%) usuários com hipertensão tiveram a prescrição realizada, no segundo mês 116 (95,1%) e no terceiro mês foi de 154 (99,4%) usuários com a prescrição de medicação da farmácia popular.

Não atingimos 100% neste indicador, pois algumas medicações não estão disponíveis nas farmácias populares, mas algumas medicações como Carvedilol e Verapamil são liberados diretamente na secretaria de saúde para os usuários que precisam.

Durante segundo mês apresentamos dificuldade com alguns medicamentos que eram insuficientes e acabavam rápido por grande demanda, sendo que esta questão foi resolvida pelo gestor, que realizou um convênio com as farmácias para que os usuários recebessem suas medicações. Além disso, foram orientadas as pessoas e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acessos aos medicamentos farmácia popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso (como foi explicado acima).

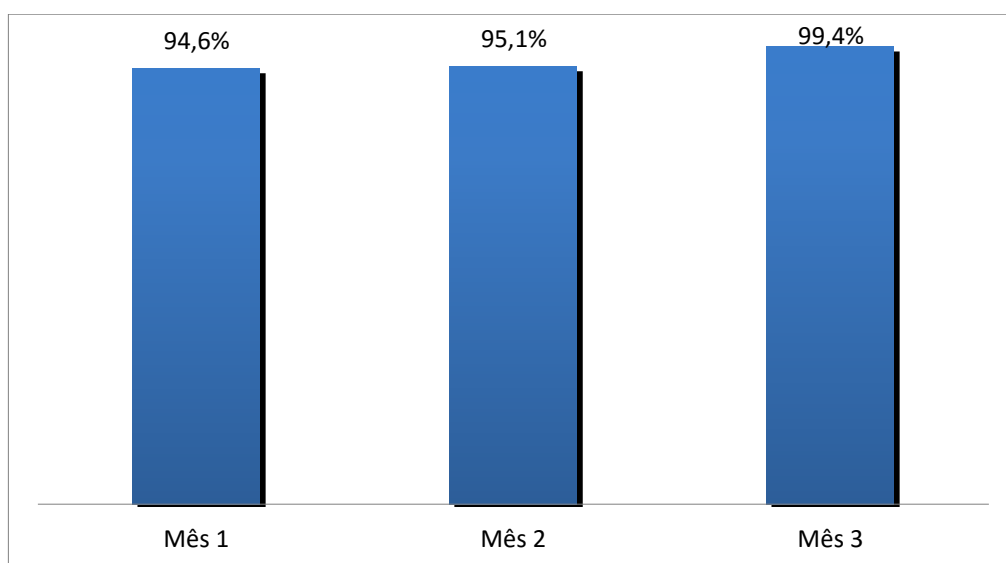


Figura 10: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador:. Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Para os usuários com diabetes no primeiro mês 31 (96,9%) tiveram medicação prescrita da farmácia popular, no segundo mês tivemos um aumento para 42 (97,7%) e no terceiro mês tivemos 52 (98,1%) usuários com prescrição de medicação da farmácia popular.

Tivemos este aumento após a gestão ter conseguido a liberação de algumas medicações que estavam faltando na farmácia popular.

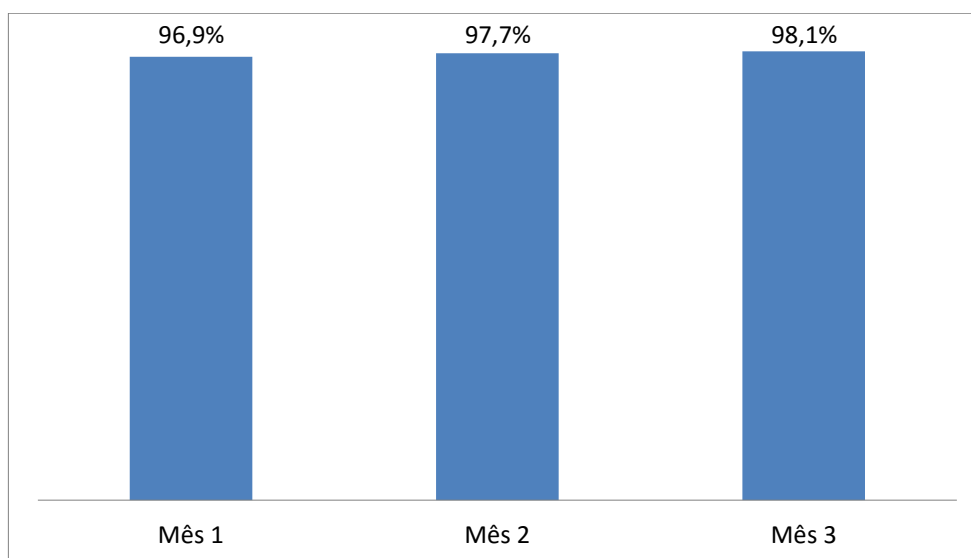


Figura 11: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Ciganapole, Coari / AM, 2016.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador: Número total de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês foi realizada avaliação em 19 (25,3%) usuários com hipertensão cadastrados, no segundo mês em 89 (71,8%), e no terceiro mês em 156 (100%) usuários cadastrados na intervenção. Atualmente se está trabalhando em realização de sala de odontologia.

Este indicador foi realizado em 100% dos cadastrados, a pesar da dificuldade em se ter apenas um odontólogo na unidade, sendo assim foi organizado

a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento das pessoas com HAS e realizamos orientações para a comunidade a respeito da importância de realizar avaliação de saúde bucal nos usuários que possuem hipertensão.

Como nosso serviço encontra-se em uma casa alugada não temos sala de odontologia a qual foi destinada para ser sala de vacina, pois não existem instrumentais, sendo assim o odontólogo e a técnica de saúde bucal da nossa equipe foram transferidos para outra UBS.

Inicialmente a avaliação era realizada pelo odontólogo que vinha a nossa unidade todas as quintas-feiras pela manhã, mas como vimos que seria insuficiente, o odontólogo capacitou à médica e enfermeira, e passamos a realizar a necessidade de atendimento odontológico.

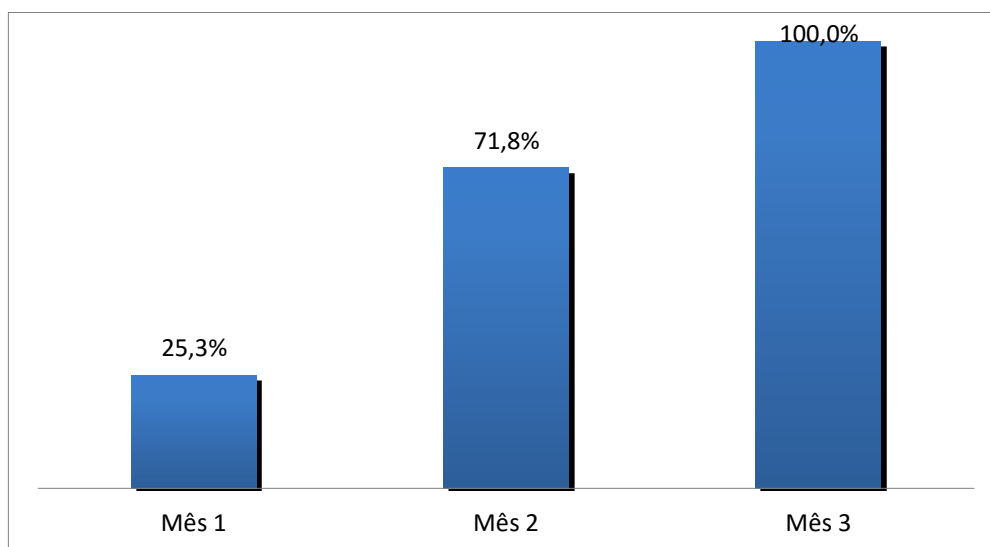


Figura 12: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Ciganapole, Coari / AM, 2016.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Para os usuários com diabetes no primeiro mês 6 (18,2%) tiveram avaliação de necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês 29 (65,9%), e no terceiro mês 53 (100%).

Aqui também aconteceu o mesmo que para os usuários com hipertensão, ou seja, conseguimos melhorar nossos indicadores a partir do momento que a médica e

enfermeira começaram a realizar a avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

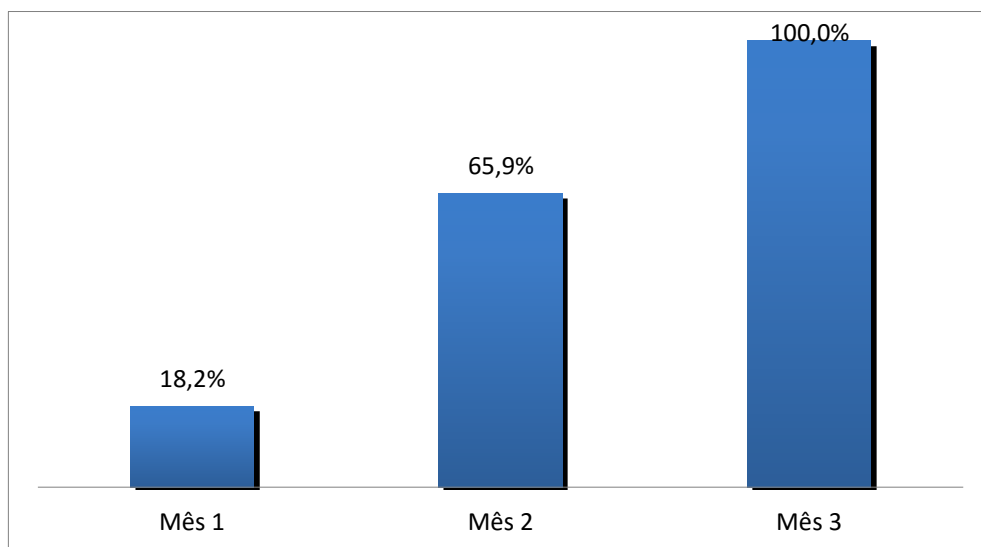


Figura 13: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Ciganapole, Coari / AM, 2016.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos .

Metas: 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante o primeiro mês 9 usuários faltaram as consultas, sendo que realizamos busca ativa em 8 (88,9%), já no segundo mês foi realizada busca ativa para todos os faltantes que foram 31(100%) usuários e o mesmo aconteceu no terceiro mês onde foi 18 usuários para 100% dos usuários receberam a busca ativa.

Todos os faltosos foram visitados pela médica ou enfermeira ou ACS. Para cumprir com este indicador organizamos visitas domiciliares para buscar faltosos, visitas domiciliares pelos ACS informar sobre a importância de realização das consultas e contato telefônico.

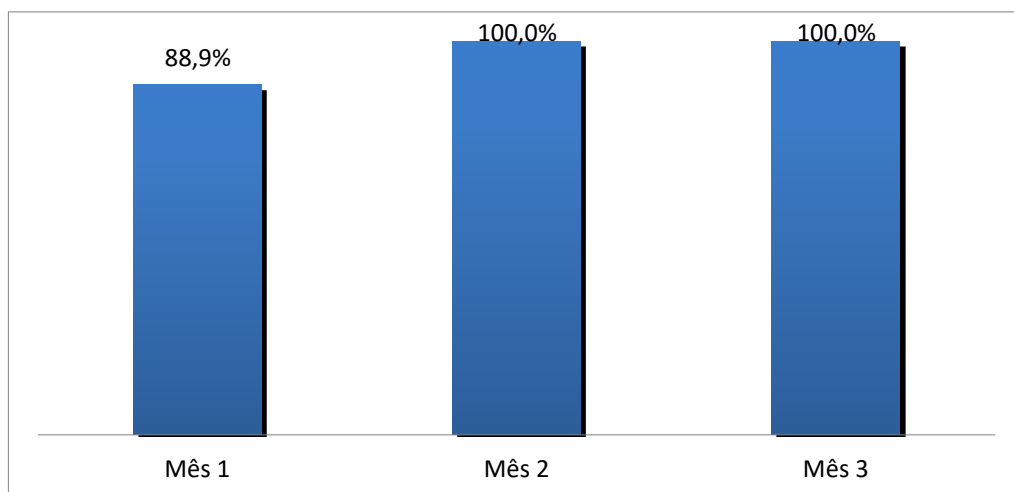


Figura 14: Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas com busca ativa na UBS Ciganapole, Coari / AM, 2016.

Objetivo 3.2: Melhorar a adesão de diabéticos ao programa

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Já para os usuários com diabetes no primeiro mês 11 faltaram a consulta sendo realizado busca ativa em 10 (90,9%) desses, já no segundo mês todos os faltosos receberam a busca ativa 7 (100%), bem como no terceiro mês onde todos também receberam a busca ativa 4 (100%).

Esta foi feita pela médica, enfermeira e/ou ACS, assim como aconteceu para os hipertensos.

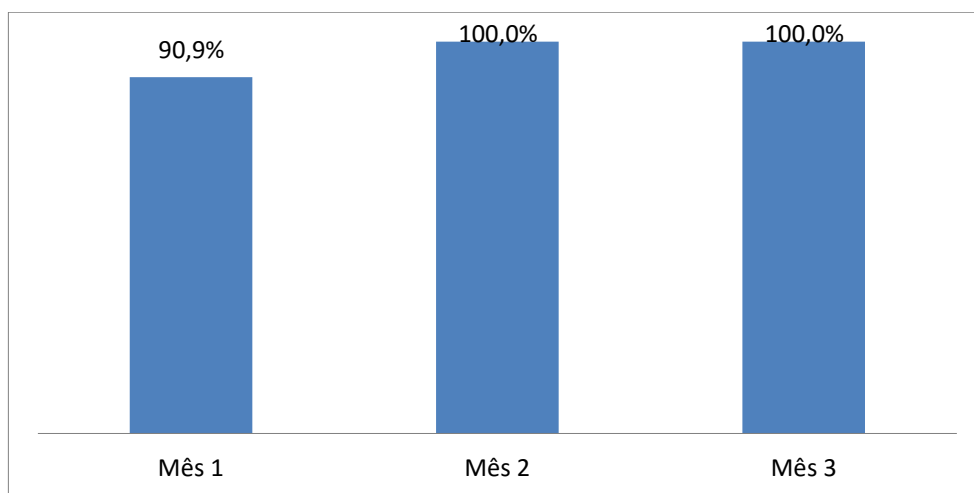


Figura 15: Proporção de pessoas com diabetes faltosos às consultas com busca ativa Ciganapole, Coari / AM, 2016.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No primeiro mês tivemos 75 (100%) dos usuários com hipertensão com os registros adequados na ficha de acompanhamento, no segundo mês 124 (100%) e no terceiro mês 156 (100%) cadastrado estavam com os registros adequados.

Para e cumprir este indicador, não tivemos dificuldade, já que a técnica de enfermagem ficou responsável pelo registro das informações e verificação da ficha de acompanhamento e a enfermeira ficou responsável de manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Ficamos muito satisfeitos com este indicador, pois antes da intervenção este indicador era muito baixo, e ao final da intervenção todos os usuários cadastrados estão com registro adequado na ficha de acompanhamento e existe um sistema de registro que viabiliza situações de alerta quanto ao atraso da consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar, não realização de estratificação de risco e ao estado de compensação da doença.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No primeiro mês 33 (100%) dos usuários com diabetes estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês 44 (100%), e no terceiro mês 53 (100%) dos cadastrados tinham registro adequando.

Da mesma forma que os hipertensos, antes da intervenção este indicador era muito baixo, agora todos os cadastrados estão com registro adequado na ficha de acompanhamento e existe um sistema de registro que viabiliza situações de alerta quanto ao atraso da consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar, não realização de estratificação de risco e ao estado de compensação da doença.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

No primeiro mês tivemos 75 (100%) dos usuários com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular, no segundo mês 124 (100%) e no terceiro mês 156 (100%) cadastrado estavam com a realização de estratificação do risco cardiovascular.

Este indicador foi muito importante, pois antigamente não era realizado e agora serviu de referencia para a realização em outras UBS, a fim de melhorar a classificação do risco.

Objetivo 5: Mapear diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

No primeiro mês 33 (100%) usuários com diabetes tinham estratificação do risco cardiovascular, no segundo mês 44 (100%), e no terceiro mês 53 (100%) haviam realizado a estratificação do risco cardiovascular.

Da mesma forma que para os usuários com hipertensão este indicador não era realizado na nossa UBS e agora serve de referencia para outras unidades do município.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos .

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

No primeiro mês tivemos 75 (100%) dos usuários que receberam orientação sobre alimentação saudável, no segundo mês 124 (100%) e no terceiro mês 156 (100%) cadastrado receberam orientação sobre alimentação saudável.

Os usuários receberam orientação nutricional sobre alimentação saudáveis mediante palestras, reuniões de grupos e consultas individuais, para melhorar seu estilo de vida e evitar complicações provenientes da patologia em questão.

Objetivo 6.2: Promover a saúde de diabéticos

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

No primeiro mês 33 (100%) dos usuários com diabetes receberam orientação sobre alimentação saudável, no segundo mês 44 (100%), e no terceiro mês 53 (100%) dos cadastrados tinham recebido orientação sobre alimentação saudável.

Da mesma forma que os usuários com hipertensão esta foi realizada pela médica, enfermeira e ACS.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

No primeiro mês tivemos 75 (100%) usuários com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física, no segundo mês 124 (100%) e no terceiro mês 156 (100%) cadastrados receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Os usuários com hipertensão foram orientados sobre prática regular de atividade físico durante consultas, visitas domiciliares e atividades em grupo.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

No primeiro mês 33 (100%) dos usuários com diabetes receberam orientação sobre prática regular de atividade física, no segundo mês 44 (100%), e no terceiro mês 53 (100%) dos cadastrados receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês tivemos 75 (100%) dos usuários que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês 124 (100%) e no terceiro mês 156 (100%) cadastrado receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Estas orientações foram dadas por toda a equipe nas consultas, visitas domiciliares, grupos de educação em saúde. Dentre os usuários que receberam estas orientações estavam pessoas fumantes que após nossas conversas pararam de fumar.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês 33 (100%) dos usuários com diabetes receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês 44 (100%), e no terceiro mês 53 (100%) dos cadastrados receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês tivemos 75 (100%) dos usuários com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês 124 (100%) e no terceiro mês 156 (100%) cadastrados receberam orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Indicador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês 33 (100%) dos usuários com diabetes receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês 44 (100%), e no terceiro mês 53 (100%) dos cadastrados receberam orientação sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS Ciganápole, onde atuo, propiciou à melhora da atenção as pessoas com hipertensão e diabetes. Após 12 semanas de realização da toda a equipe de saúde encontra-se contente com os resultados. Houve um destaque para a competência da equipe que participou ativamente nas capacitações e nas atividades desenvolvidas, cada integrante realizou suas atribuições o que levou a um aumento no número dos atendimentos com maior qualidade dos mesmos, e de todos os processos desenvolvidos no serviço de saúde.

Melhoramos o controle de estoque dos medicamentos, monitoramos o acesso a estes, também cumprimos a periodicidade das consultas prevista no protocolo e organizamos as visitas domiciliares para buscar os faltosos, também melhoramos os registros (que antes não eram feitos) e a classificação de risco de ambos os grupos, também qualificamos a atenção com destaque para a ampliação da realização da avaliação dos pés diabéticos (com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade) que antes também não era realizado.

Durante a intervenção foram realizados os exames complementares em dia de acordo com o protocolo já que os usuários aprenderam a importância de sua realização, além disso, foram realizadas avaliação odontológica das pessoas com hipertensão e diabetes mellitus, sendo que antes da intervenção não eram realizados exames bucais para esta população, também foram realizadas orientações sobre hábito de vida saudável como hábito de fumar, realizações de atividades físicas entre outros. Esses indicadores tiveram destaque entre a nossa população e nós da equipe estamos satisfeitos por alcançar estes resultados.

Quanto à importância da intervenção para a equipe, ela exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico e monitoramento da Hipertensão e Diabetes.

Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, técnica de enfermagem, da recepção e ACS. Definiram-se as atribuições de cada membro da equipe, organizando as capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS, além de estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, ficando o grupo mais unido, e mais habilitado, visualizando a importância da atenção integral, e cada membro conseguiu considerar a importância da sua atuação e também do outro. Também tivemos maior vínculo com a comunidade, mostrando quanto valor tem trabalhar unido como uma verdadeira equipe a fim de melhorar a saúde de toda a população.

Todos estes fatores contribuíram para o impacto também em outras atividades no serviço: seguindo de exemplo para a programação, organização coleta de informação e planejamento de outras consultas como as gestantes, puérperas e saúde das crianças. Além disso, tivemos como referência para a realização da classificação de risco de outras doenças como câncer de colo do útero, câncer de próstata, asma e dislipidemia.

Esta intervenção trouxe ganhos tão significativos que o secretário de saúde sugeriu que a intervenção fosse implantada em todas as UBS de nosso município.

Já a importância que a intervenção trouxe para o serviço pode destacar que antes da intervenção as atividades de atenção aos hipertensos e diabéticos eram concentradas na médica, dessa forma a intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas.

A melhoria do registro e o agendamento das pessoas com hipertensão e diabetes viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea e a realização da classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Além disso, houve diminuição de doenças cerebrovasculares e renais.

Quanto a importância da intervenção para comunidade consideramos que o impacto da intervenção continua sendo percebido pela comunidade. Os usuários com hipertensão e diabetes demonstram satisfação com a qualidade e prioridade no atendimento, falando de nossa atenção a cada membro de sua família e comunidade, e elogiando esta ação nos atendimentos.

Os usuários estão aprendendo como reconhecer sintomas de complicação e melhorando cumprimento de orientações indicadas, freqüentam as consultas

conforme o protocolo de atendimento, antes da intervenção o atendimento era por demanda espontânea, sem atenção integral a estes usuários agora todos tem agendamento de sua próxima consulta.

Durante a intervenção falamos com comunidade explicando a importância da intervenção a fim de prestar um melhor atendimento aos usuários com hipertensão e diabetes mellitus, sendo que estes sentem-se satisfeitos por nosso atendimento, participando das atividades de grupo e atuando como multiplicadores de informações.

Vários usuários ao voltarem para o acompanhamento trazem outros membros de suas famílias para serem atendidos (mães, pais, irmãos e avós). Já o restante dos usuários não reclama pelos atendimentos priorizados.

Dessa forma gostaria de destacar que a intervenção foi muito importante para mim como profissional, pois passei a conhecer melhor minha população, melhorar sua qualidade de vida auxiliando a evitar as complicações decorrentes dessas doenças. Mas, o mais importante foi que eles ficaram mais confiantes com a minha atuação de médica.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento, seria se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo no curso com a equipe e tivesse todas as áreas de nossa população alvo cobertas com ACS.

Também faltou uma articulação maior com a comunidade, antes de iniciar a intervenção para explicar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar isto. Bem como realizaria buscas mais constantes para a participação do Conselho Municipal de Saúde.

Agora que estamos no fim da intervenção percebo que a equipe está integrada e mais unida fazendo um trabalho de qualidade para nossa população, sendo a intervenção parte de nossa rotina de atendimento, e a cada dia tentando superar as dificuldades.

Com o objetivo de melhorarmos ainda mais este processo vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção de hipertensos e diabéticos em especial os de alto risco. Além de continuarmos com as atividades de promoção da saúde e prevenção dessas patologias.

Quanto à viabilidade de incorporar a intervenção na rotina do serviço consideramos que ela já está incorporada, sendo que pretendemos aumentar ainda

mais a cobertura desses usuários até chegar em 100%. Também já estamos tentando ampliar para outros programas como idosos, pré-natal, Puerpério e saúde da criança visando melhorar a qualidade de saúde de nossa população.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caro gestor de saúde:

Eu sou a Dr^a. Barbara Solis Turcas, médica do Programa Mais Médico para Brasil (PMMB), e atuo na Unidade Básica de Saúde Ciganapole, venho por meio de este relatório apresentar como foi implementada a intervenção a respeito da “Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Ciganápole, Coari/AM”. Esta intervenção foi realizada como parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas e rede Unasus.

O curso de especialização propicia ao trabalhador/aluno realizar uma intervenção na Unidade Básica de Saúde (UBS) em que trabalha e aprender os conteúdos respondendo às necessidades de seu serviço.

Realizamos uma análise situacional no início do curso e identificamos que existia uma lacuna na atenção aos usuários que possuíam hipertensão e/ou diabetes bem como uma baixa adesão, falta de registros e de atenção integral. Diante disso, o objetivou-se realizar a intervenção para este grupo populacional.

Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica.

Dessa forma realizamos capacitação da equipe quanto ao desenvolvimento da intervenção e protocolos do MS quanto à atenção a este grupo populacional, orientamos pessoas da comunidade para divulgar a intervenção, realizamos grupos de educação em saúde, melhora no acolhimento dos usuários.

De acordo com as estimativas temos para nossa área de abrangência 394 usuários com hipertensão e 97 com diabetes, sendo que tínhamos apenas 62 (15%) pessoas com hipertensão cadastradas antes da intervenção e 32 (24%) pessoas com diabetes, vale destacar novamente que estes usuários estavam sem atenção integral.

Sendo assim, iniciamos a intervenção cadastrando novamente todos os usuários e ao final de doze semanas conseguimos cadastrar 156 (39,6%) pessoas com hipertensão e 53 (54,6%) com diabetes. Destas 100% receberam exame clínico apropriado, avaliação de necessidade de atendimento odontológico, os faltosos as consultas tiveram busca ativa, estavam com registros atualizados, tiveram estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, receberam orientação nutricional, sobre a prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Apenas um usuário não retornou com os exames complementares e outro não teve prescrição de medicamento da farmácia popular por não estar disponível a medicação utilizada por ele.

Dessa forma podemos considerar que a intervenção na UBS Ciganapole, onde atuo propiciou a ampliação da cobertura da atenção as pessoas com hipertensão e diabete, mostrando a competência e integração da equipe nas atividades desenvolvidas, também aumentamos nosso vínculo com a comunidade, mostrando a importância de ter e prestar uma atenção de qualidade.

A realização da intervenção acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, seguindo de exemplo para a programação, organização coleta de informação e planejamento de outras atividades com as gestantes puérperas e crianças. Além disso, tomando como referencia a classificação de risco de outras doenças como câncer de colo do útero, câncer de próstata, asma e dislipidemia.

A intervenção foi é essenciais para aperfeiçoar o conhecimento com o qual se podem assumir melhores decisões e contribuir para o desenvolvimento do sistema de saúde do Brasil. Além de melhorar a prática clínica e, a qualidade da atenção de saúde da população.

Sendo assim, gostaria de agradecer ao apoio e receptividade da gestão para a facilitação da nossa intervenção, e solicitar que este apoio ainda seja dado, com a disponibilização de exames complementares, medicações da farmácia popular. Também gostaríamos de solicitar o apoio da gestão para a contratação dos profissionais que ainda estão faltando em nossa unidade de saúde, bem como um apoio para ter uma melhor participação do conselho municipal de saúde.

No mais gostaria de agradecer novamente a colaboração, sendo que todos atuando juntos poderemos mudar a situação de saúde de nossa população.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Eu sou a médica Barbara Solis Turcas faço parte do Programa Mais Médicos do Brasil, estou realizando uma especialização em Saúde da Família oferecida pela Universidade Federal de Pelotas e a rede Unasus, e dentre as atividades que devemos desenvolver está à realização de uma intervenção na nossa UBS.

Sendo assim, após realizarmos uma análise da situação de nossa unidade de saúde chegamos a conclusão que um dos grupos prioritários que estaria precisando de mais atenção são os usuários que possuem hipertensão e/ou diabetes, pois possuímos um número baixo de pessoas com estas condições que são acompanhadas na unidade.

Dessa forma nosso objetivo foi melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Ciganapole.

A intervenção tratou de melhorar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso ou/e diabéticos, sendo que estimamos que em nossa área tenham 394 pessoas com hipertensão e 97 com diabetes, sendo assim conseguimos cadastrar 156 pessoas com hipertensão e 53 com diabetes durante as 12 semanas de realização da intervenção.

Fora a melhora da cobertura todos os usuários cadastrados receberam exame clínico apropriado, avaliação de necessidade de atendimento odontológico, os faltosos as consultas tiveram busca ativa, estavam com registros atualizados, tiveram estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, receberam orientação nutricional, sobre a prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Apenas um usuário não retornou com os exames complementares e outro não teve prescrição de medicamento da farmácia popular por não estar disponível a medicação utilizada por ele.

Conseguimos melhorar todos estes aspectos na atenção a estes usuários devido as capacitações realizadas pela equipe, melhora do registro das informações desses usuários, melhora do acolhimento, realização de busca ativa dos usuários

faltosos as consultas ou para o cadastramento, apoio da gestão municipal de saúde e por fim apoio de vocês comunidade.

Destacamos também que a intervenção esta incorporada à rotina do serviço, mas para melhorar ainda mais nossas ações é necessário reforçar a nossa a' com vocês membros da comunidade a fim de que decidam juntamente com a equipe os próximos passos que devemos tomar na UBS.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O Curso de Especialização em Saúde da Família como parte de um processo de educação permanente apresenta na missão garantir as formações profissionais qualificados no seu desempenho, Aumentar a qualidade dos atendimentos na UBS e aperfeiçoar o trabalho da equipe, organizar o trabalho com melhor gestão na UBS, ter maior participação comunitária na identificação e solução dos problemas de saúde com impacto nas mudanças dos estilos de vida e melhoria dos indicadores de saúde em quanto ao projeto com hipertensos e diabéticos.

Minhas expectativas em relação ao curso foram de fortalecer meus conhecimentos sobre saúde da família, para melhorar a qualidade do atendimento e relação com a comunidade, aumentar as ações de promoção e prevenção de saúde tudo isso relacionado com a prática clínica qual vai dar maior desenvolvimento para todos os profissionais. Toda minha expectativa foi cumprida mediante a interação dos profissionais que puderam perceber a importância do processo de educação em saúde e, principalmente, de se trabalhar em equipe.

O curso de especialização permitiu o desenvolvimento de uma ampla visão sobre a importância de se realizar, junto à equipe, ações de educação em saúde. O processo pessoal de aprendizagem foi muito interessante, devido a todos os aspectos referentes à especialização, ou seja, as tarefas, as comunicações, sistema de avaliação, dúvidas, participação em fórum entre outras, tudo isso foi uma ferramenta muito útil para o desenvolvimento da especialização, além disso, as orientações de os professores sendo de muita ajudam para nós.

Além disso, existe diferentes espaço para facilitar mostra comunicação e compartilhar com colegas e orientadores como: fórum saúde coletiva, fórum de clínica e ponto de encontro.

Esse fórum é um espaço coletivo destinado ao compartilhar de ideias e experiências direcionadas a área da saúde e também um espaço que possibilita conhecer as experiências profissionais, e o espaço de atuação de cada um dos

participantes. Com certeza, a conversa e a participação de todos aqui enriquece e auxilia na elaboração das tarefas e nossa prática diária.

A existência de um fórum de clínica para debater casos e tirar dúvidas, com troca de experiências com outros colegas, permitiu também melhorar a prática clínica, num ambiente de construção de conhecimento individual e ao mesmo tempo coletivo, por meio da educação à distância. A interação com colegas de vários estados tornará mais rica o debate, por trazer ao grupo as experiências em diferentes contextos, assim como o estudo individual e sistemático, permitirá a construção do conhecimento e desenvolvimento de habilidades.

Em relação aos horários, além de destacar a flexibilidade que permite ao estudante escolher seu horário, precisamos ainda destacar que cada aluno tem direito há 8 horas para dedicar-se às atividades acadêmicas, isto permite: Desenvolver habilidades comunicativas e de reflexão. Interagir sistematicamente com o orientador, o apoio pedagógico e os colegas nos debates e conversas, permitirá o desenvolvimento das habilidades comunicativas.

Muitos foram os benefícios alcançados através dele: adquiriu-se novos conhecimentos, a equipe teve a oportunidade de participar de algumas atividades propostas durante o curso com comunidade e gestores, melhorando atendimento com qualidade, respeito e empatia para toda nossa população, trazendo organização, ações planejadas com minha equipe e capacitação permanente da equipe.

8. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

Anexos**Anexo A - Ficha espelho**

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

Data de ingresso no programa: ____/____/____ Número do Prontuário: ____
Nome completo: ____
Endereço: ____
Data de nascimento: ____/____/____
Telefone de contato: ____
Cardio SUS: ____
Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador: ____
Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Há quanto tempo tem HAS? ____ DM? ____ HAS e DM? ____
Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica: ____/____/____ Estatura: ____ cm Perímetro Braquial: ____ cm

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO		FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS	
DATA	POSOLOGIA	DATA	EXAMES
	Hidroclorotiazida 25 mg		Glicemia de jejum
	Captopril 25 mg		HCT
	Enalapril 5mg		Hemoglobina glicada
	Enalapril 10 mg		Coletar o total
	Losartan 50 mg		HDL
	Propranolol 40		LDL
	Aterobol 25 mg		Triglicerídeos
	Aterobol 50 mg		Creatinina sérica
	Atorvastatina 5 mg		Perfil lipídico
	Atorvastatina 10 mg		Triglicerídeos
	Metformina 500 mg		ECG
	Metformina 850 mg		Infecção urinária
	Glibenclamida 5 mg		Próstata
	Insulina NPH		Coronoscopia
	Insulina regular		Sedimento
			Microalbuminúria
			Proteína de 24h
			TSH
			ECG
			Hemograma
			Hemoderivado
			Hemoglobina
			VCM
			CHCM
			Plaquetas

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 3

[illegible]

Anexo C – Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Prof ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde.	
 Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

Anexo D – Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante